



Plan de beneficios

Beneficios médicos

Beneficios dentales

Beneficios oftalmológicos

Beneficios de medicamentos

**MILLER & LONG DC, INC. PLAN DE BENEFICIOS DE SALUD Y
ASISTENCIA SOCIAL**

RESUMEN DE LA DESCRIPCIÓN DEL PLAN

Efectivo desde el 1 de enero de 2018

SOBRE ESTE RESUMEN

El siguiente es un resumen de algunas de las principales características del Plan de Beneficios de Salud y Asistencia Social de Miller & Long DC, Inc. (El Plan). Le sugerimos que lea este resumen cuidadosamente.

Este resumen es el “Resumen de la Descripción del Plan” para el Plan y tiene que resumir el Plan en un lenguaje fácil de entender. Sin embargo, en caso de cualquier ambigüedad o cualquier inconsistencia entre este “Resumen de la Descripción del Plan” y cualquier documento formal del Plan, los documentos del Plan tendrán el control.

Las copias de los documentos formales del Plan para el Plan están archivadas en Miller & Long DC, Inc. (El Empleador) y están disponibles para usted para su inspección en el momento y lugar que sea acordado mutuamente por usted y el Empleador.

Si cualquier cosa en este Resumen de la Descripción del Plan no está claro para usted, o si usted tiene alguna pregunta sobre los beneficios del Plan o los procedimientos de reclamos del Plan, por favor contacte al Administrador del Plan.

MILLER & LONG DC, INC. PLAN DE BENEFICIOS DE SALUD Y BIENESTAR

DESCRIPCIÓN RESUMEN DEL PLAN

Válido a partir de 1 de enero de 2018

TABLA DE CONTENIDOS

Nombre del Plan	1
Nombre y Dirección Comercial del Empleador.....	1
Número de Identificación de Contribuyente del Empleador.....	1
Plan Número	1
Tipo de Administración	1
Discreción del Administrador del Plan	1
Información sobre Financiamiento de Cobertura Médica	1
Ley de Atención Médica Asequible.....	2
Planificar el Año	2
Nombre, Dirección Comercial y Número de Teléfono del Administrador del Plan	2
Servicio de Proceso Legal.....	2
Tipo de Plan	2
Elegibilidad	2
Elegibilidad de Dependientes	3
Participación.....	5
Terminación de la Participación	10
Resumen de Beneficios Disponibles.....	12
Derechos de Continuación y Conversión.....	18
Continuación de la Cobertura bajo COBRA (Aviso COBRA).....	18
Atención Médica de Emergencia	23
Evaluación de la Atención por parte de los Pacientes	23
Privacidad de la Información de Salud	23
Beneficios Médicos después del Parto.....	23
Procedimientos de Reclamaciones.....	24
Estatuto de Limitaciones para Reclamaciones del Plan.....	37
Terminación o Enmienda del Plan.....	37
Sin Derecho a la Continuidad del Empleo.....	37
No Asignación de Beneficios; Pagos a Proveedores	37
Coordinación de Beneficios.....	38
Subrogación/Derecho de Reembolso.....	38
Contratos de Seguro	39
Sus Derechos según ERISA.....	39
ANEXO: Crédito Fiscal por Cuidado de Dependientes VS Cuidado de Dependientes FSA...	41
Definiciones	43
Lista de Beneficios del Plan Médico	55
Plan Médico.....	60
Programa de Asistencia y Gestión de la Atención	64
Gastos Médicos Cubiertos.....	67
Programa de Beneficios del Plan de Medicamentos Recetados.....	74
Plan de Medicamentos Recetados	75
Lista de Beneficios del Plan Dental	77
Plan Dental	78
Plan de Visión	83
Otra Información Importante.....	84
Procedimientos de Presentación de Reclamaciones	86

INFORMACIÓN GENERAL SOBRE EL PLAN

Nombre del Plan

Miller & Long DC., Inc. Plan de Beneficios de Salud y Asistencia Social

Nombre y Dirección Comercial del Empleador

Miller & Long DC, Inc.
4001 Brandywine Street, NW, Suite 400
Washington, DC 20016

Número de Identificación de Contribuyente del Empleador

27-5492647

Número de Plan

501

Tipo de Administración

El Plan es administrado por el Administrador del Plan. Por favor note que las cuentas de beneficios de los participantes simplemente son anotaciones en los libros de contaduría, ni bienes o fondos son pagados, retenidos o invertidos en algún fideicomiso o cuenta separada, y ningún interés es pagado o acreditado a alguna cuenta de beneficios. Algunos beneficios pueden ser provistos a través de contratos de seguros. En caso de que alguno de los beneficios no pueda ser provisto a través de contratos de seguros serán pagados de los bienes generales del Empleador.

Discreción del Administrador del Plan

Al llevar a cabo sus deberes según el Plan, el Administrador del Plan tiene la autoridad discrecional de ejercer todos sus poderes y hacer todas las determinaciones, consistentes con los términos del Plan, en todos los asuntos que le conciernan. La autoridad discrecional del Administrador del Plan incluye, pero no está limitada a, la autoridad discrecional para interpretar las provisiones del plan y hacer todas las determinaciones de hechos, incluyendo determinaciones factuales en relación con la elegibilidad para los beneficios, y para hacer todas las determinaciones que requiere la aplicación de hechos a los términos del Plan. Las determinaciones del Administrador del Plan deben ser respetadas y son finales y vinculantes para todas las partes interesadas. Los Beneficios de este plan sólo serán pagados si el Administrador del Plan decide en su discreción que el aplicante los merece.

Información del Financiamiento de la Cobertura de Salud

Allegeant, 9475 Deereco Road, Suite 408, Timonium, MD 21093 es el procesador de reclamos de los beneficios médicos y dentales del Plan. Los beneficios médicos y dentales del plan son obligaciones autofinanciadas del Empleador y no son garantizadas bajo ninguna política del seguro emitido por el corredor de seguros.

Ley de Cuidados de Salud Asequibles

Este Resumen incluye varias provisiones que son requeridos para cumplir con los requisitos de la reforma de la ley federal de cuidados de salud (la Ley de Protección del Paciente y Cuidados de Salud Asequible de 2010 (PPACA), y sus enmiendas por la Ley de Reconciliación de Cuidados de Salud y Educación de 2010) y con sus regulaciones y otras guías emitidas bajo esa ley. Cuando este Resumen mencione a la “Ley de Cuidados de Salud Asequibles” se refiere a PPACA y sus enmiendas, y a cualquier regulación aplicable. Los requisitos de la reforma de cuidados de salud de la Ley de Cuidados de Salud Asequibles generalmente sólo se aplican a la cobertura médica del Plan. Cuando este Resumen menciona la cobertura que está sujeta a la ley de Cuidados de Salud Asequibles, se refiere a la cobertura médica del Plan, incluyendo prescripción de medicamentos o beneficios de visión que son ofrecidos como parte del paquete de cobertura médica.

Año del Plan

El Año del Plan para el Plan es el periodo al principio de cada 1 de septiembre y el final del siguiente 31 de agosto, pero para propósitos de las cuentas de beneficio de gastos médicos, dentales y flexibles el “Año del Plan” se refiere al año del calendario, del 1 de enero al 31 de diciembre.

Nombre, Dirección Comercial y Número de Teléfono del Administrador del Plan

Miller & Long DC, Inc.
a/c Departamento de Recursos Humanos
4001 Brandywine Street, NW, Suite 400
Washington, DC 20016
(202) 524-4600

Servicio de Procesos Legales

El servicio de procesos legales puede ser hecho por el Administrador del Plan.

Tipo de Plan

Este Plan es una forma de plan de beneficios de asistencia social para el empleado llamado “plan cafetería” porque le permite elegir los beneficios que recibirá del Plan. Se le da la oportunidad de dirigir al Empleador para que reduzca su salario en una cantidad específica. Usted luego puede usar el monto de la reducción de su salario para comprar beneficios del Plan. Para ciertos beneficios, porque su salario es reducido antes que los impuestos federales (y, en la mayoría de los estados, los impuestos estatales) sean aplicados, paga menos en impuestos si participa en el Plan. (Algunos beneficios pueden requerir que haga contribuciones después de los impuestos.)

Elegibilidad

Si usted es un trabajador regular de tiempo completo del Empleador (por ejemplo, si usted tiene un horario regular de al menos treinta horas a la semana, como es determinado por el Empleador), usted y sus dependientes son elegibles para participar en el Plan comenzando el día en que complete noventa días continuos de estar empleado por el Empleador (su “Fecha de Participación”). Para propósitos de este requisito de continuidad laboral como se aplica a los beneficios de salud del Plan, si usted estuvo ausente del trabajo por una condición de salud, su

ausencia no interrumpirá la completación del requisito de continuidad laboral. Eso es, cualquier periodo de servicio continuo que usted complete antes de su ausencia relacionada con su salud aplicará hacia el requisito de continuidad laboral y será añadido a cualquier periodo de tiempo continuo que usted complete después de que regrese al trabajo después de su ausencia relacionada con su salud.

Los empleados alquilados, personas clasificadas por el Empleador como empleados temporales del Empleador (como es determinado por el Empleador), y empleados cubiertos por un acuerdo de negociación colectiva y sus dependientes (a menos que la participación del Plan sea provista por un acuerdo de negociación colectiva) no tienen permitida la participación en el Plan. Una persona que no esté caracterizada por el Empleador como un empleado por el Empleador, pero que después sea caracterizado como empleado por una agencia regulatoria o corte, no será elegible durante el período en que él o ella no sean caracterizados como un empleado por el Empleador.

Si usted es despedido por el Empleador y recontratado en los siguientes seis meses, su Fecha de Participación será la fecha en la que fue recontratado. De otra forma, su Fecha de Participación será el día en que complete noventa días continuos de ser un empleado del Empleador después de ser recontratado. Sin embargo, si usted es recontratado durante el mismo Año del Plan y dentro de 30 días después de su periodo de elegibilidad previo haya terminado, usted generalmente no tendrá permitido hacer una nueva elección de beneficios para ese Año del Plan, pero su elección de beneficios previa será reinstaurada.

Por favor note que su elegibilidad para cualquier beneficio en particular es determinada por los términos del Plan aplicables a ese beneficio. Los Folletos de Beneficios entregados con este Resumen incluyen información sobre cualquier requisito de elegibilidad adicional o diferente que puedan aplicar a beneficios específicos.

Elegibilidad del Dependiente

(NOTA: Esta sección de Elegibilidad del Dependiente no aplica a las cuentas de beneficios de gastos flexibles. Para detalles de si los gastos de un miembro de la familia pueden ser cubiertos por la cuenta de gastos flexibles, vea las explicaciones separadas de esos beneficios en la sección del “Resumen de Beneficios Disponibles”.)

Para propósitos de todos los beneficios del Plan disponibles para los dependientes, su *pareja* es considerado un dependiente elegible (*pareja* y otros términos en *italicas* en esta sección son definidos abajo).

Los requisitos del Plan para la elegibilidad de los dependientes para hijos de empleados elegibles han cambiado para cumplir con los requisitos de la Ley de Cuidados de Salud Asequibles. Su *hijo* es elegible para la cobertura ofrecida a los dependientes bajo el Plan basado en las siguientes reglas:

1. Cobertura para Hijos de menos de 26 años. Sus dependientes elegibles incluyen a su *hijo* que es menor de 26 años, sin importar el estado civil del hijo, el estado fiscal del dependiente o su estado estudiantil y sin importar si su hijo vive con usted.
2. Cobertura para Hijos Mayores con Discapacidades. Para propósitos de toda la cobertura ofrecida a los dependientes bajo el Plan, su *hijo* no casado que es su *dependiente para propósitos de impuestos federales* para el año del calendario aplicable es un dependiente

elegible si él o ella es incapaz de auto-sustentarse física o mentalmente, pero sólo si la incapacidad física o mental comenzó antes de que su hijo llegara a la edad de 26 años.

Las siguientes definiciones aplicarán para propósitos de esta sección de Elegibilidad del Dependiente:

Hijo significa un hijo natural, un hijo adoptado legalmente que sea menor de 18 años de edad al momento de la adopción, un niño colocado con usted para adopción que sea menor de 18 años de edad al momento de ser colocado, un hijo adoptivo (si el niño es “hijo adoptivo elegible”, como es definido en el Código Interno de Ganancias) o un hijastro. *Hijo* también incluye a cualquier otra persona cuya asistencia social sea su responsabilidad legal bajo su tutela legal, acuerdo de divorcio escrito, acuerdo de separación escrito o una orden de la corte.

Pareja significa una persona que es tratada como su pareja por un matrimonio que es reconocido como matrimonio para propósitos de la ley de impuestos federales, que actualmente incluye a cualquier matrimonio que sea reconocido como un matrimonio válido en el Estado, Distrito, territorio o jurisdicción extranjera en la que ocurrió el matrimonio.

Dependiente para Propósitos de Impuestos Federales

Si alguien es su *dependiente para propósitos de impuestos federales* es determinado por las reglas de la IRS. Para detalles de los requisitos para que alguien sea su dependiente de impuestos federales vea la Publicación 501 de la IRS (disponible en línea en www.irs.gov/pub/irs-pdf/p501.pdf). Cualquiera que usted pueda declarar como su dependiente en su declaración de impuestos federales calificará como su *dependiente para propósitos de impuestos federales* en el Plan. Sin embargo, para propósitos de los beneficios de Salud de este Plan, note que incluso si su familiar no calificaría como su dependiente para propósitos de impuestos federales bajo las reglas de la IRS solamente porque (a) usted es dependiente de alguien más o (b) él o ella tiene un ingreso neto en el año mayor que la cantidad de excepción personal del IRS (esta cantidad es 4.150\$ para 2018 y está sujeto a un ajuste por inflación todos los años), este familiar todavía es considerado como su *dependiente para propósitos de impuestos federales* para los propósitos de los requisitos de elegibilidad del dependiente de este Plan.

También, al determinar si su hijo menor o discapacitado es su *dependiente para propósitos de impuestos federales*, una regla especial aplica en casos de divorcios o separaciones legales o si usted y el otro padre de su hijo han vivido separados por los últimos seis meses del año del calendario o si usted o el otro padre de su hijo tiene la custodia del hijo y tiene el derecho de declarar a su hijo como un dependiente para propósitos de impuestos. En esos casos, mientras al menos la mitad del soporte del hijo para el año del calendario aplicable es provista por usted y el otro padre (y su pareja actual, si la tuviera) juntos, el hijo puede ser considerado como su *dependiente para propósitos de impuestos federales* para propósitos de los beneficios de salud de este Plan.

Una persona que califique como su dependiente elegible no será cubierta por ninguno de los beneficios de la cobertura a menos que usted elija pagar y haya pagado las contribuciones adicionales requeridas, de haber alguna, para la cobertura de los dependientes. También, a menos que de otra forma sea requerido por la ley note que su pareja o hijo no calificarán como dependientes elegibles mientras estén en labor activo en las fuerzas armadas de cualquier país.

Usted es responsable de determinar si alguien califica como su pareja o dependiente para propósitos de las reglas de elegibilidad del dependiente del Plan, sujeto a la aprobación final del Empleador. El Empleador puede requerir que le provea pruebas de que un individuo satisface todos los requisitos de elegibilidad del Plan. También, si en cualquier momento durante un Año del Plan su pareja o dependiente elegible se convierten en inelegibles para la cobertura, usted es responsable de notificarlo al Empleador para ese cambio en la elegibilidad.

Si usted y su pareja o dependiente elegible son empleados del Empleador y cada uno cumple con los requisitos de elegibilidad del Plan para participar en el Plan como empleados, ustedes pueden elegir entre una cobertura médica, dental o de visión solamente para empleados o uno de ustedes puede elegir cobertura familiar (o de empleado y pareja o dependiente). Sin embargo, ningún empleado puede ser cubierto bajo la cobertura médica, dental y de visión del Plan como la pareja o dependiente de otro empleado al mismo tiempo que él o ella también está cubierto por el Plan como empleado/participante.

Para cualquier cobertura de seguros ofrecida bajo el Plan, los términos del contrato del seguro, en vez de esta sección de “Elegibilidad de Dependientes”, determinará si cualquier persona es su dependiente para propósitos de ese beneficio (de haber alguna diferencia entre el lenguaje en esta sección de Elegibilidad del Dependiente y los términos del contrato). Los Folletos de Beneficios que le hemos provisto con este Resumen incluirán cualquier requisito adicional o diferente para la elegibilidad del dependiente que apliquen para cualquier cobertura de seguro.

Para propósitos de la cobertura del Plan médico, el Plan no impondrá cualquier condición preexistente que excluya a cualquier persona (incluyendo a un empleado) que sea menor a 19 años de edad.

Todas las Órdenes Médicas Calificadas de Manutención Infantil que requieran que el Plan provea cobertura del Plan para los llamados “Recipientes Alternos” serán honoradas por el Plan de acuerdo con la ley aplicable. (Estas órdenes son un tipo de órdenes de la corte o de una agencia administrativa que provea cobertura para los hijos de los participantes del Plan.) Como es requerido por la ley aplicable, el Plan usa procedimientos para determinar si la orden de manutención médica infantil es una “Orden Médica Calificada de Manutención Infantil” que debe ser honorada por el Plan. Por solicitud al Administrador del Plan usted puede recibir, sin ningún cargo, un resumen de estos procedimientos.

Participación

(a) Periodo Inicial de Elección. Si usted todavía no es un participante del Plan, para convertirse en un participante en su Fecha de Participación, debe ser un empleado activo del Empleador en su fecha de Participación y debe completar apropiadamente y enviar un Formulario Inicial de Elección al Administrador del Plan (o completar el proceso electrónico designado de enlistamiento, de estar disponible) antes de su Fecha de Participación y durante el periodo designado por el Administrador del Plan como su “periodo de enlistamiento” inicial. Sólo para propósitos de los beneficios médicos, usted será tratado como un empleado activo el día de su Fecha de Participación incluso si usted está ausente del trabajo si su ausencia ocurre por una condición de salud (como es determinado por el Empleador).

Su elección de beneficios hecha durante su periodo inicial de enlistamiento será efectiva desde su fecha de participación hasta el último día del Año del Plan en el que usted cambie su elección inicial de beneficios (vea la subsección (b) abajo) o hasta que usted experimente un

Cambio de Estatus (vea la subsección (c) abajo), ejerza su Periodo Especial de Enlistamiento correctamente (vea la subsección (f) abajo) o califique para cambiar sus elecciones por otras razones (vea las subsecciones (d) y (e) abajo).

Si usted falla al completar y enviar de forma apropiada un Formulario de Elección al Administrador del Plan durante su periodo inicial de elección, usted automáticamente no participará en el Plan.

(b) Periodos de Elección después del Periodo de Elección Inicial. Después de que complete su Formulario Inicial de Elección, su elección inicial de beneficios se mantendrá en efecto indefinidamente o hasta que usted experimente un Cambio de Estatus (vea la subsección (c) abajo), ejerza un Periodo Especial de Enlistamiento correctamente (vea la subsección (f) abajo) o califique para cambiar sus elecciones por otras razones (como es descrito en las subsecciones (d) y (e) abajo) o hasta que haga una nueva elección de beneficios al solicitar, completar y enviar un nuevo Formulario de Elección al Administrador del Plan para un Año del Plan futuro durante el periodo precedente al Año del Plan que es designado por el Administrador del Plan como el “periodo de elección” anual del Plan. Su nueva elección de beneficios será efectiva desde el primer día del Año del Plan siguiente al periodo de elección en el que hizo su nueva elección de beneficios hasta que cambie su elección durante un subsecuente periodo de elección, o experimente un Cambio de Estatus, ejerza un Enlistamiento Especial correctamente o de cualquier otra forma califique para hacer un cambio de elección que esté permitido en el Plan. Sin embargo, este arrastre automático de elecciones previas no aplica para sus elecciones con respecto a su participación en los cuidados de salud, cuentas de gastos flexibles o cuentas de gastos flexibles para los cuidados de un dependiente en el Plan. Si falla en completar y enviar un nuevo Formulario de Elección para estos beneficios, no recibirá cobertura automática.

El Empleador, a su discreción, puede determinar que no ofrecerá un “periodo de elección” anual para un futuro Año del Plan. Si el Empleador determina que no habrá “periodo de elección anual” o enlistamiento abierto para el siguiente año, las elecciones que haya hecho en su Formulario de Elección más reciente se mantendrán para el próximo año. Todavía podrá cambiar tus elecciones si usted o uno de sus dependientes experimenta un Cambio de Estatus, ejerce un Periodo Especial de Enlistamiento correctamente o califica para hacer un cambio por otras razones como es descrito abajo.

También, aunque sus elecciones de beneficios normalmente se mantendrán de un Año del Plan al siguiente como es descrito arriba, el Empleador puede anunciar antes del inicio del Año del Plan que serán requeridas nuevas elecciones para que todos los empleados elegibles participen en los beneficios para el próximo Año del Plan. En tal caso, será requerido un periodo de elección especial que será anunciado para que todos los empleados elegibles hagan nuevas elecciones, las que entrarán en efecto al principio del próximo año del Plan. Un empleado que falle en hacer una elección de los beneficios disponibles para el siguiente Año del Plan durante el periodo especial de elecciones requerido cesará su participación en el Plan al final del Año del Plan en el que ocurra el periodo especial de elecciones requerido.

(c) Cambios de Elecciones para Reflejar un Cambio de Estatus. Si actualmente está participando en un Plan, puede, con la aprobación del Administrador del Plan y sujeto a los requisitos descritos abajo y cualquier condición o restricción que pueda ser impuesta por cualquier compañía de seguros que provea los beneficios del Plan, cambiar sus elecciones al llenar un Formulario de Cambio de Estatus dentro de los 30 días después del evento de Cambio de Estatus. Si usted actualmente no es un participante del Plan pero ha satisfecho todos los requisitos para ser

elegible para participar (excepto que actualmente no tenga en orden el beneficio de elección), con la aprobación del Administrador del Plan y sujeto a los requisitos descritos abajo y cualquier condición o restricción que puedan ser impuestas por cualquier compañía de seguros que provea los beneficios del Plan, usted puede convertirse en un participante al llenar un Formulario de Elección y un Formulario de Cambio de Estatus dentro de los 30 días después de que ocurra el evento de Cambio de Estatus.

Bajo la ley aplicable, para que sea permitido hacer un cambio en sus elecciones de beneficios por un evento de Cambio de Estatus, el evento de Cambio de Estatus debe resultar en la ganancia o pérdida de elegibilidad suya, de su pareja o dependiente para esa cobertura o una cobertura similar dentro del Plan, un plan patrocinado por otro empleador por el que usted es empleado o un plan patrocinado por el empleador de su pareja u otro dependiente. (Para los beneficios de las cuentas de gastos flexibles de cuidados de dependientes, usted también tiene permitido hacer un cambio de elección si su Cambio de Estatus aumenta o disminuye la elegibilidad de los gastos de cuidados de sus dependientes y el cambio de elección corresponde a un cambio en los gastos.)

Cualquier cambio que desee hacer a sus elecciones de beneficios debe ser consistente con el evento de Cambio de Estatus que ocurrió. El Empleador determinará si, bajo la ley aplicable, un cambio solicitado (o una nueva elección) es consistente con el Cambio de Estatus que usted experimentó. Por ejemplo, si usted es elegible para la cobertura de salud ofrecida por el empleador de su pareja porque se casó o su pareja cambió de empleador, puede cancelar su cobertura de salud en este Plan sólo si le certifica al Empleador que usted realmente se ha enlistado o tiene la intención de enlistarse en el otro Plan. Bajo la ley aplicable, podría no ser consistente con el Cambio de Estatus si simplemente deja la cobertura de este Plan sin enlistarse en el otro plan.

Generalmente, sus nuevas elecciones entrarán en efecto tan pronto como sea práctico después de la fecha en la que complete y envíe el Formulario de Cambio de Estatus y las elecciones sean aprobadas por el Administrador del Plan, y será efectivo, para la cobertura de cuidados de salud, cuentas de gastos flexibles o cuentas de gastos de cuidados de dependientes, para el balance del Año del Plan en el que sea hecha la nueva elección o, para todas las coberturas, hasta que cambie sus elecciones de acuerdo a la Sección llamada “Periodos de Elecciones Después del Periodo Inicial de Elección” o si experimenta otro Cambio de Estatus.

Usted experimentará un Cambio de Estatus si:

- (1) su estado civil cambia incluyendo cambios por matrimonio, muerte de su pareja, divorcio o anulación legal;
- (2) hay un evento que cause la ganancia o pérdida de un dependiente;
- (3) usted, su pareja o su dependiente termine o comience en un empleo;
- (4) hay un aumento o reducción de sus horas laborales (incluyendo cambios entre empleados de medio tiempo y tiempo completo, una huelga o el comienzo o final de un permiso no pagado por ausencia) por usted, su pareja u otro dependiente;
- (5) usted, su pareja o su dependiente se convierten en elegibles o pierden su elegibilidad para la cobertura de un plan ofrecido por el empleador de esa persona por un cambio en el estatus de empleo (por ejemplo, si su dependiente cambia de un empleo por hora a uno

asalariado y el plan médico del empleador de su dependiente sólo cubre empleados asalariados);

(6) un evento pasa y causa que su dependiente satisfaga o deje de satisfacer los requisitos para la cobertura por su edad o una circunstancia similar;

(7) hay un cambio en la ubicación de la residencia o sitio de trabajo suyo o de su pareja u otro dependiente;

(8) para propósitos de los beneficios de cuentas de gastos flexibles para cuidados de dependientes, hay un evento que cambie el número de dependientes que sean menores de 13 años o mental o físicamente discapacitados; o

(9) por alguna elección hecha en base a los impuestos, usted experimente cualquier evento que, en la discreción del Administrador, califique como un Cambio de Estatus.

(d) Cambios de Elección por Cambios en el Costo o la Cobertura. Usted puede hacer ciertos cambios, como es descrito abajo, por el cambio en costos o cobertura de los beneficios disponibles en el Plan. Debe solicitar este cambio de elección en un tiempo razonable después de que tenga su derecho para cambiar de elección (como es determinado por el Administrador del Plan, en su discreción). Generalmente, sus nuevas elecciones tomarán efecto tan pronto como sea práctico después de la fecha en la que complete y envíe su Formulario de Cambio de Estatus y el Formulario de Elección, de ser requerido, y las elecciones son aprobadas por el Administrador del Plan, y serán efectivas, para la cobertura de la cuenta de gastos flexibles para el cuidado de dependientes, por el balance del Año del Plan en el que se haga la nueva elección o para cualquier otra cobertura, hasta que cambie sus elecciones de acuerdo con la Sección llamada “Periodos de Elecciones Después del Periodo de Elección Inicial”.

Los derechos descritos en los párrafos (i)-(iv) abajo están sujetos a las condiciones o restricciones que puedan ser impuestas por el Empleador o cualquier compañía de seguros que provea los beneficios del Plan. También, los derechos descritos en (i)-(iv) abajo no aplican para las elecciones que involucren cuentas de gastos flexibles de cuidados de salud. No puede cambiar el monto que contribuye a una cuenta de gastos flexibles de cuidados de salud por el cambio de costo o de cobertura de otra opción de beneficio y no puede hacer un cambio de elección por cualquier otra opción de beneficio por un cambio en el costo o la cobertura de su cuenta de gastos flexibles de cuidados de salud o la cuenta de gastos flexibles de cuidados de salud de su pareja o dependiente.

(i) Cambios Significantes en los Costos. Si el costo que se requiere que pague por una opción de beneficios incrementa significativamente (como es determinado por el Empleador) mientras usted está cubierto por ese beneficio, puede elegir revocar su elección de ese beneficio y elegir otra opción de beneficio similar, si alguna está disponible (como es determinado por el Empleador). Si ninguna opción de beneficio similar está disponible, puede elegir dejar la cobertura por el incremento en el costo.

Si el costo que requiere que pague por una opción de beneficio disminuye significativamente (como es determinado por el Empleador) durante el Año del Plan, usted puede elegir esa opción de beneficio para usted o para una pareja o dependiente elegible.

Ordinariamente, usted puede cambiar el monto que contribuye a la cuenta de gastos flexibles para los cuidados de un dependiente por el aumento o disminución en el costo. Sin

embargo, bajo la ley aplicable, si el proveedor de cuidados del dependiente que está imponiendo el aumento del costo es un familiar cercano suyo, no puede cambiar la elección. Para este propósito, los familiares cercanos incluyen a sus padres, abuelos, hijos, nietos, hermanos, hermanas, sobrinas, sobrinos, padrastros, hijastros, hermanastros, hermanastras, yernos, yernas, suegras, suegros, cuñadas o cuñados.

Puede cambiar sus elecciones por un cambio significativo en el costo, como es descrito arriba, sin importar la razón del incremento o la disminución del costo. No importa si el cambio del costo resultó de una acción tomada por el Empleador o si ocurrió por algo que usted hizo (como cambiar de un empleo de medio tiempo a uno de tiempo completo si eso cambia la cantidad que tiene que pagar por la cobertura).

(ii) Cambios en la Cobertura. Si su cobertura bajo algún beneficio fue acortada significativamente durante el Año del Plan, puede revocar su elección de ese beneficio y elegir otra opción de beneficio que ofrezca cobertura similar (como es determinado por el Empleador), de haber alguno. La cobertura es significativamente acortada sólo si hay una reducción general de la cobertura aportada a todos los participantes (como es determinado por el Empleador.)

Si su cobertura bajo un beneficio es acortada significativamente durante el Año del Plan (como es determinado por el Empleador), puede cambiar sus elecciones como es descrito en el párrafo previo. Adicionalmente, si experimenta una pérdida completa de cobertura y no está disponible ninguna otra opción de beneficio que provea cobertura similar, puede dejar la cobertura completamente. Una pérdida de cobertura incluye, por ejemplo, la eliminación de la opción de beneficio, la pérdida de disponibilidad de una opción de HMO en el área donde usted o su dependiente residen, o una pérdida de cobertura para usted o un dependiente bajo la opción de plan de salud porque sus gastos exceden el límite anual. El Empleador, en su discreción, determinará cuándo el acortamiento de un beneficio corresponde a una pérdida completa de cobertura.

Si el Empleador añade una nueva opción de beneficio o si una opción de beneficio existente mejora significativamente durante el Año del Plan (como es determinado por el Empleador), puede cambiar su elección para reemplazar una opción de beneficio que provea beneficios similares con opciones de beneficio nuevas o mejoradas, o, si usted previamente no había elegido una opción de beneficio similar, puede elegir comenzar a participar en una opción de beneficio nueva o mejorada.

(iii) Cambios en la Cobertura de los Dependientes Bajo Otros Planes. También puede cambiar sus elecciones correspondientes a ciertos cambios que su pareja o dependiente hagan a sus elecciones de beneficios bajo el plan de beneficios ofrecido por su empleador. Por ejemplo, si el empleador de su pareja tiene un plan cafetería con un periodo de elección que es diferente al periodo de elección de este Plan, puede cambiar sus opciones de beneficios para corresponder a los cambios elegidos por su pareja durante el periodo anual de elección de su empleador. También, si el empleador de su pareja tiene un plan cafetería que le permite a los participantes hacer cambios durante el Año del Plan, como los que son permitidos por este Plan, y su pareja hace uno de esos cambios permitidos, usted puede elegir cambios a su cobertura bajo este Plan, mientras que sus cambios correspondan a esos cambios hechos por su pareja. Por ejemplo, si su pareja revoca la elección de un beneficio por un plan de salud ofrecido por su empleador por un incremento en el costo, usted podría cambiar su elección bajo un plan de salud ofrecido por este Plan para elegir cobertura para su pareja.

(iv) Pérdida de Otro Grupo de Cobertura de Salud. Si usted o su pareja o dependiente elegible pierden cobertura por cualquier grupo de cobertura de salud patrocinado por una entidad

gubernamental o una institución educacional (como es determinado por el Empleador), usted puede cambiar su elección de beneficios para elegir cobertura para el individuo afectado.

(e) Otros Cambios de Elección. Excepto que haya sido provisto de otra forma abajo, si usted merece un cambio de elección descrito abajo, debe solicitar el cambio dentro de los 30 días después de que obtenga su derecho a cambiar su elección (como es determinado por el Administrador del Plan, en su discreción).

(i) Órdenes que Requieren Cobertura. Si usted es sujeto a una sentencia, decreto u orden que resulta de un divorcio o procedimiento similar que requiera que usted provea cobertura médica a su hijo, usted, o, si lo requiere la orden, el Administrador del Plan, puede cambiar sus elecciones de cobertura de salud (a la extensión de lo permitido por el Administrador del Plan, en su discreción) para proveer esa cobertura y usted, o si es requerido por la Orden, el Administrador del Plan, puede cambiar el monto de reducción de su salario para las contribuciones que cubren el costo de esa cobertura. Si su antigua pareja u otro individuo tienen que proveer cobertura para su hijo en cumplimiento de esa sentencia, decreto u orden y usted provee evidencia al Empleador de que esa cobertura ya está siendo provista, sujeto a la aprobación del Empleador, tendrá permitido el cambio de su elección para detener la cobertura médica de su hijo.

(ii) Enlistamiento en Medicare o Medicaid. Si usted o su pareja o dependiente se enlista en Medicare o Medicaid, sujeto a la aprobación del Empleador, puede cambiar su elección para cancelar o reducir la cobertura médica para ese individuo. Si usted o su pareja o dependiente pierden la elegibilidad para Medicare o Medicaid, de nuevo sujeto a la aprobación del Empleador, puede cambiar su elección para comenzar o incrementar la cobertura médica de ese individuo.

(iii) Pagando por la cobertura COBRA. Si usted, su pareja o dependiente se vuelven elegibles para la continuación cobertura de salud bajo el plan de salud del Empleador provisto por COBRA o cualquier ley estatal similar puede cambiar su elección para pagar por esa cobertura COBRA con contribuciones de reducción de salario.

(iv) Permiso FMLA. Si usted toma un permiso bajo la Ley de Permisos Médicos y Familiares de 1993 (FMLA) puede hacer ciertos cambios de elecciones que son permitidos por el Empleador de acuerdo con la FMLA.

(f) Periodos Especiales de Enlistamiento para Empleados y Dependientes. Si usted rechaza el enlistamiento en las opciones de cobertura de salud del Plan para usted o sus dependientes (incluyendo a su pareja) por otro seguro de salud o planes de cobertura de salud grupal, puede tener la posibilidad de enlistarse a usted y a sus dependientes en la cobertura de salud del Plan si usted o sus dependientes pierden elegibilidad para esa otra cobertura (o si un empleador deja de contribuir a su cobertura o la de sus dependientes). Sin embargo, usted debe solicitar el enlistamiento en los 30 días después de que su otra cobertura o la de sus dependientes terminen (o después de que el empleador deje de contribuir a la otra cobertura).

Adicionalmente, si usted tiene un nuevo dependiente como resultado de un matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción, usted puede ser capaz de enlistarse a usted y a sus dependientes. Sin embargo, usted debe solicitar el enlistamiento dentro de los 30 días después del matrimonio, nacimiento, adopción, o colocación para adopción (90 días en caso de la adición de una pareja o hijo que no resulte en un incremento en su contribución).

Si usted o su dependiente elegible están cubiertos por Medicaid o el Programa Estatal de

Seguros de Salud para Niños (CHIP) y esa cobertura termina, usted puede ser capaz de enlistarse a usted y a sus dependientes afectados en la cobertura médica de este Plan. Usted debe solicitar el enlistamiento en los 60 días después de que su cobertura de Medicaid o CHIP termine. También, si usted o su dependiente elegible se vuelven elegibles bajo Medicaid o el plan CHIP estatal para asistencia financiera para pagar la cobertura de salud de este Plan, debería poder ser capaz de enlistarse a usted mismo y a cualquier dependiente afectado en este Plan. Usted debe solicitar el enlistamiento dentro de los 60 días después de la fecha en la que una agencia del gobierno determine que es elegible para esa asistencia financiera.

Para solicitar enlistamiento especial u obtener más información, contacte al Administrador del Plan en la dirección dada en este Resumen.

Terminación de la Participación

Excepto por lo provisto abajo, la cobertura de un participante termina en las siguientes fechas:

- (a) El día en que el participante deje el empleo.
- (b) Excepto por ciertos permisos de ausencia, el día en el que el participante deje de calificar como un empleado elegible del Empleador o un participante.
- (c) Para cualquier cobertura que requiera contribuciones del participante, si esas contribuciones son descontinuadas, el último día del periodo en el que las contribuciones fueron pagadas por el participante.
- (d) Excepto a la extensión de lo requerido por la ley, el día en que el participante se reporte en servicio activo en las fuerzas armadas de cualquier país.
- (e) El día en que todos los beneficios, o los beneficios aplicables, sean terminados por enmiendas del Plan, por la terminación completa o parcial del Plan o la descontinuación de las contribuciones del Empleador.

La cobertura de un dependiente elegible de un participante generalmente termina en las siguientes fechas:

- (a) El día en el que el participante deja el empleo.
- (b) Excepto por ciertos permisos de ausencia, el día en el que el participante deje de calificar como un empleado elegible del Empleador o un participante.
- (c) Para cualquier cobertura que requiera contribuciones del participante, si esas contribuciones son descontinuadas, el último día del periodo en el que las contribuciones fueron pagadas por el participante.
- (d) Excepto a la extensión de lo requerido por la ley, el día en que el dependiente elegible se reporte en servicio activo en las fuerzas armadas de cualquier país.
- (e) El día en que todos los beneficios, o los beneficios aplicables, sean terminados por enmiendas del Plan, por la terminación completa o parcial del Plan o la descontinuación de las contribuciones del Empleador.

- (f) El día en que el dependiente elegible deje de ser un dependiente elegible.

La cobertura bajo el Plan también debe ser terminada para cualquier individuo (o cualquier empleado o dependiente que sea cubierto bajo la misma cobertura familiar que ese individuo) se involucre en fraude o haga malinterpretación de hechos materiales en relación con la cobertura. Por ejemplo, si alguien a sabiendas introduce un reclamo para los beneficios de cobertura de servicios o insumos médicos que en realidad no fueron utilizados, eso sería considerado fraude y llevaría a la terminación de la cobertura. Un ejemplo de malinterpretación de un hecho material incluiría a un empleado firmando un formulario de enlistamiento indicando que un individuo es elegible para cobertura como dependiente en un momento en el que el empleado sabe que ese individuo no califica como dependiente del empleado. En esos casos, la cobertura puede ser terminada de forma retroactiva, si es apropiado, basándose en los detalles.

Para la cobertura que está sujeta a la Ley de Cuidados de Salud Asequibles, una terminación retroactiva de la cobertura sólo puede ocurrir en dos situaciones. Primero, como se indica arriba, si usted falla en hacer cualquiera de las contribuciones requeridas hacia el costo de la cobertura para la fecha tope aplicable, la cobertura sería terminada de forma retroactiva para el final del periodo en que se hicieron las contribuciones requeridas. Una terminación retroactiva también puede ocurrir si usted o su dependiente (o cualquier persona buscando cobertura para usted o su dependiente) se involucre en un fraude con respecto al Plan, o haga una malinterpretación intencional de un hecho material. En ese caso, el Plan le dará una notificación escrita con al menos 30 días de antelación a cualquier persona que sea afectada por la terminación retroactiva de la cobertura.

La cobertura bajo el Plan puede ser extendida después en la fecha en la que de otra forma cesaría de ser un participante por cualquiera de las condiciones precedentes si, en esa fecha, el participante está totalmente discapacitado por una enfermedad o lesión y está bajo cuidados médicos. Sin embargo, esta extensión de cobertura sólo aplica a la discapacidad y cualquier enfermedad o lesión relacionada (como es determinado por el Empleador). Cualquier extensión de la cobertura está sujeta a todos los términos de este Plan. En ese caso, la extensión de la cobertura terminará tan pronto como llegue (i) la fecha en la que el participante ya no esté discapacitado, (ii) la fecha en la que el participante se vuelva elegible para otra cobertura de salud bajo otro grupo de plan de salud o Medicare o (iii) 90 días desde la fecha en la que el participante de cualquier otra forma habría dejado de ser un participante basado en los eventos de Terminación de Participación listados arriba.

Adicionalmente, si su empleo termina por ser despedido, continuará siendo un participante del Plan por 30 días adicionales después de la fecha en la que su participación de otra forma habría terminado.

Si su cobertura termina bajo ciertas condiciones, usted podría tener el derecho de elegir la continuación de la cobertura por ciertos beneficios ofrecidos bajo el Plan. Vea las secciones de “Continuación y Conversión de Derechos” y “Notificación COBRA” de este Resumen para más detalles.

También, si usted toma un permiso de ausencia de su empleo con el Empleador por servicio militar y su cobertura (para usted y su pareja y dependientes cubiertos) sería terminada de otra forma, usted puede elegir continuar su cobertura bajo el Plan a la extensión de lo requerido por la Ley de Derechos de Empleos y Recontrataciones de Servicios Uniformados de 1994 (USERRA). Usted tendrá que pagar por esa cobertura en un monto determinado por USERRA. (Si su permiso

es por un periodo de 30 días o menos, le será requerido que pague solamente el monto que los empleados activos pagan por cobertura similar.) Esta continuación de la cobertura es básicamente la continuación de la cobertura descrita en la sección de la notificación COBRA de este Resumen y puede terminar por cualquiera de las razones por las que terminaría la continuación de cobertura COBRA, excepto que el periodo de cobertura máximo sea diferente. Especialmente, note que la continuación de cobertura de USERRA terminará a más tardar el primero de los siguientes días: (1) el último día de un periodo de 24 meses comenzando en la fecha en la que comenzó su permiso por ausencia por servicio militar; o (2) el día después de la fecha en la que falle en aplicar o regresar a su posición de empleo con el Empleador. Por favor contacte al Empleador si tiene preguntas sobre la cobertura durante periodos de servicio militar.

Resumen de los Beneficios Disponibles

Los siguientes beneficios están disponibles bajo el Plan. Cualquier contribución de reducción de salario que se requiera que haga para obtener cualquiera de los beneficios elegidos será determinada por el Empleador, y serán comunicados a usted a cada momento. Por favor note que todas las elecciones y beneficios bajo el Plan son sujetos a un número de reglas legales. Si cualquiera de estas reglas lo afectan a usted o requiere un cambio en sus elecciones o beneficios, será notificado.

Cobertura Médica y de Medicinas de Prescripción. Si usted es un participante elegible en el Plan, puede comprar cobertura médica y de medicinas de prescripción. Una descripción detallada de esta cobertura aparece en los Folletos de Beneficios entregados a usted con este Resumen. Cualquier contribución de reducción de salario que se requiera que haga para obtener los beneficios será determinada por el Empleador, y será comunicado a usted en todo momento. La cobertura médica bajo el Plan cumplirá con los requisitos de cirugía reconstructiva de la Ley de Derechos de Salud de la Mujer y Cáncer de 1998.

Cobertura Dental. Si usted es elegible para participar en el Plan, usted puede comprar cobertura dental. Una descripción detallada de esta cobertura aparece en los Folletos de Beneficios entregados a usted con este Resumen. Cualquier contribución de reducción de salario que sea requerida que usted haga para obtener los beneficios será determinada por el Empleador, y serán comunicadas a usted en todo momento.

Seguro de Vida/Cobertura AD&D. Si usted es elegible para participar en el Plan, usted recibirá solamente a expensas del Empleador un seguro de vida/cobertura de muerte y desmembramiento accidental (AD&D). Una descripción detallada de esta cobertura aparece en los Folletos de Beneficios entregados a usted con este Resumen.

Cobertura de Discapacidad a Largo Plazo. Si usted es un empleado asalariado y usted es elegible para participar en el Plan, usted recibirá solamente a expensas del Empleador cobertura de gastos de discapacidad a largo plazo. Una descripción detallada de esta cobertura parecerá en los Folletos de Beneficios que serán entregados a usted con este Resumen.

Si usted es elegible para cobertura de discapacidad a largo plazo, tiene la opción de recibir cobertura como un beneficio pagado por el empleador libre de impuestos o tratarlo como un beneficio después de impuestos. Si usted elige recibir la cobertura como un beneficio libre de impuestos, eso significa que no tiene que pagar impuestos federales de ingresos y paga (puede que tampoco tenga que pagar impuestos estatales) sobre la cantidad que el empleador pague por la cobertura. Sin embargo, si se vuelve elegible para beneficios de discapacidad durante el periodo

de cobertura, usted generalmente estará sujeto a impuestos sobre esos pagos de los beneficios. Bajo la otra opción, si usted elige recibir la cobertura como un beneficio después de impuestos, usted será tratado como si estuviese recibiendo el valor de la cobertura como un beneficio sujeto a impuestos, así que estará sujeto a impuestos de ingresos y paga sobre la cantidad que el Empleador pague por la cobertura. Sin embargo, si usted se vuelve elegible para beneficios por discapacidad durante el periodo de cobertura, cualquier pago de beneficios que reciba generalmente no estaría sujeto a impuestos. Usted debería consultar con un asesor si tiene preguntas sobre cómo debería pagar su cobertura de discapacidad a largo plazo.

Cobertura de Discapacidad a Corto Plazo. Si usted es un empleado que gana por hora y es elegible para participar en el Plan, recibirá solamente a expensas del Empleador cobertura de gastos de discapacidad a corto plazo. Una descripción detallada de esta cobertura aparece en los Folletos de Beneficios entregados a usted con este Resumen.

Cuenta de Gastos Flexibles para Cuidados de Salud. Las elecciones de cuenta de gastos flexibles están administradas en base a un año de calendario del Año del Plan. Si usted es elegible para participar en el Plan, usted puede elegir tener contribuciones de reducción de salario en un monto agregado que no exceda los 2.650\$ (para el año 2018 del calendario). El monto máximo de contribución del Plan es requerido por ley federal. El monto máximo es ajustado por la IRS cada año basado en la inflación. El monto máximo de contribución del Plan también será automáticamente ajustado cada año en base al nuevo máximo anunciado por la IRS.

Comenzando con el año 2018 del calendario, el Empleador puede hacer contribuciones a una FSA de Salud para cada empleado que se enliste en la cobertura médica del Plan durante el periodo anual de enlistamiento abierto del Plan. Para el Año del Plan 2018, el Empleador automáticamente hará contribuciones del Empleador a una FSA de Salud igual a 100\$ para cualquier Empleado que se enliste en una cobertura médica individual para el Año del Plan o 300\$ para cualquier Empleado que se enliste en cobertura familiar bajo el Plan. Para los próximos años, el Empleador se reserva el derecho de contribuir diferentes montos o ningún monto en lo absoluto, como será comunicado a los Empleados elegibles durante el periodo anual de enlistamiento abierto. Las contribuciones del Empleador a su FSA de Salud serán acreditadas aun si usted elige no hacer sus propias contribuciones al FSA de Salud. Si usted elige hacer sus propias contribuciones, la contribución del Empleador simplemente incrementa el monto disponible en el FSA de Salud y no reduce el monto que usted pueda contribuir. Las contribuciones del Empleador están sujetas a todas las reglas que apliquen a las contribuciones de reducción del salario del empleado bajo el FSA de Salud, como es descrito en esta sección y en otros documentos disponibles para los empleados. Las contribuciones del Empleador son provistas solo a Empleados elegibles que se enlisten en cobertura médica durante el periodo aplicable de enlistamiento abierto y no son hechas a ningún empleado que se enliste en el FSA de Salud después del comienzo del año del calendario.

Si no usa el balance completo de su FSA de Salud al pagar sus gastos al final del Año del Plan, también hay un “periodo de gracia” de al menos dos meses y medio después del final del Año del Plan (eso es hasta el 15 de marzo del próximo año del calendario). Los gastos elegibles que haya tenido durante el periodo de gracia también pueden ser reembolsados. El periodo de gracia sólo aplica si usted todavía es un participante del FSA de Salud en el último día del Año del Plan. Todavía será tratado como si estuviera participando en el FSA de Salud para este propósito si usted elige la continuación de cobertura COBRA bajo la FSA de Salud y esa cobertura COBRA está en efecto en el último día del Año del Plan. Si su participación en el FSA de Salud termina antes del final del Año del Plan, no hay periodo de gracia.

Generalmente, los gastos médicos elegibles son gastos que usted o su dependiente (determinado como es descrito abajo) han tenido que no han sido cubiertos bajo ningún plan o cobertura médica provista por el empleador que cumplen con la definición del Código de Ganancias Internas de gastos médicos (incluyendo medicinas de prescripción obtenidas legalmente e insulina), y que no han sido deducidas en ningún año. Como requisito por la ley, la FSA de Salud no reembolsa los gastos por medicinas que se puedan obtener sin prescripción (aparte de la insulina), a menos que la medicina haya sido prescrita por un médico u otro proveedor de servicios de salud calificado.

Normalmente, los gastos solamente son reembolsados si usted ya tuvo ese gasto (eso es, si usted ya recibió los servicios o medicinas o insumos para los que aplican los gastos). Sin embargo, los gastos elegibles por servicios de ortodoncia que se pagan antes del servicio pueden ser reembolsados al momento en que se hace el pago por adelantado, pero sólo en la extensión en la que se requiera el pago por adelantado para recibir los servicios.

Para los propósitos de los reembolsos de un FSA de Salud, “dependiente” incluye:

- (1) su pareja;
- (2) su hijo biológico, adoptado, hijastro o hijo adoptivo elegible que sea menor de 27 en el último día del año de calendario en el que hayan hecho los gastos, (incluso si el hijo no es su dependiente para propósitos de gastos; y
- (3) Cualquier persona que se espera que sea su *dependiente para propósitos de impuestos federales*, (como se define abajo) para el año calendario en el cual se hace el gasto.

Para detalles de los requisitos para que alguien sea su *dependiente para propósitos de impuestos federales* vea la Publicación 501 de la IRS (disponible en línea en www.irs.gov/pub/irs-pdf/p501.pdf). Cualquiera que usted pueda declarar como su dependiente en su declaración de impuestos federales calificará como su *dependiente para propósitos de impuestos federales* para los beneficios del FSA de Salud. Sin embargo para propósitos del FSA de Salud, note que incluso un familiar que no calificaría como su dependiente de impuestos federales bajo las reglas del IRS solamente porque (1) él o ella tiene una declaración de impuestos conjunta con otra persona para el año actual o (2) que tenga un ingreso neto para el año mayor al monto de excepción personal de la IRS (este monto es \$4.150 para el 2018 y está sujeto a ajustes por inflación cada año), ese familiar todavía es considerado su *dependiente para propósitos de impuestos federales* para los beneficios del FSA de Salud. El Administrador del Plan siempre tendrá el derecho de pedir documentación de que un individuo califique como su pareja o dependiente para los propósitos del FSA de Salud y de negar estos beneficios si usted falla en proveer la documentación adecuada cuando es requerida. Si tiene alguna pregunta sobre si alguien califica como su dependiente para propósitos del FSA de Salud, usted debería consultar a un asesor de impuestos.

Para ser reembolsado desde su FSA de Salud, debe enviarle al Administrador del Plan una solicitud de reembolso en un formulario provisto por el Administrador del Plan. Usted también debe proveer evidencia del monto, naturaleza y pago del gasto médico por el que se busca el reembolso, como es requerido por el Administrador del Plan, as menos que más adelante sea designado por el Administrador del Plan, usted debe enviar su solicitud a no más tardar el próximo 15 de abril después del final del año de calendario (o periodo de gracia) en el que se dieron los gastos. Sin embargo, si usted cesa su participación en el FSA de Salud (por la terminación de su empleo, o por cualquier otra razón) antes de terminar el Año del Plan, usted debe enviar todas las

solicitudes de reembolso al Administrador del Plan a no más tardar en los 60 días después de que haya cesado su participación en el FSA de Salud.

Por favor note que el monto resguardado en su FSA de Salud por el cual no se haya recibido una solicitud válida de reembolso para la fecha tope descrita arriba será pagado.

Elegibilidad para una Cuenta de Ahorros de Salud

Usted debería estar consciente de que si usted o su pareja o cualquier dependiente elegible desea ser elegible para hacer contribuciones a una Cuenta de Ahorros de Salud (HSA), su participación en la FSA de Salud (incluyendo la participación automática basada solamente en contribuciones del Empleador) podrían hacerlo a usted o su pareja o su dependiente inelegible a para hacer contribuciones a una HSA. Para evitar este problema tiene dos opciones:

(1) Usted puede elegir en su Formulario de Elección excluir a su pareja de la elegibilidad para reembolsos de un FSA de Salud, lo que simplemente significaría que no podría usar el FSA de Salud para reembolsar los gastos de su pareja; o

(2) Puede elegir en su Formulario de Elección para el FSA de Salud ser tratado como un FSA de Salud de “rango limitado”. Si elige esta opción, esa elección aplicará para usted y cualquiera de sus dependientes elegibles bajo su FSA de Salud. El monto contribuido a su FSA de Salud de rango limitado (incluyendo cualquier contribución del Empleador) generalmente estaría disponible para pagar los gastos dentales y de cuidados de la visión elegibles. No podría usar su FSA de Salud para pagar o ser reembolsado por cualquier otro tipo de gasto.

Distribuciones de Soldados de Reserva Calificados

Si usted es llamado u ordenado a estar en servicio activo como componente de las reservas de los Estados Unidos de América por un periodo igual o mayor a 180 días o por un periodo indefinido (o por un periodo más corto que después es expandido a 180 días o más), y el monto que usted ha recibido en reembolsos de su FSA de Salud por el Año del Plan es menor al monto que ha contribuido, puede solicitar una Distribución de Soldados de la Reserva Calificados del balance que no ha sido usado (la diferencia entre lo que usted ha contribuido y el monto de los reembolsos que ha recibido). La distribución generalmente será tratada como una compensación sujeta a impuestos para usted. Debe solicitar la distribución antes del final del periodo de gracia para el Año del Plan durante el cual usted haya sido llamado u ordenado al servicio activo. Si solicita una distribución, puede seguir enviando reclamos por gastos que hayan pasado antes de que hiciera la solicitud, pero no puede enviar reclamos por gastos que hayan pasado después de esa fecha. Su solicitud debe incluir una copia del documento que lo ordene o llame al servicio activo (si ya no se la ha dado al Empleador). Si califica para una Distribución de Soldados de Reserva Calificados, la distribución será hecha dentro de un periodo razonable (no mayor a 60 días después) después de que lo haya solicitado. Una vez que reciba una distribución igual a su balance que no ha sido usado, ya no será un participante del FSA de Salud para ese Año del Plan y no podrá enviar o ser reembolsado por cualquier reclamo adicional por gastos médicos elegibles. Para solicitar una Distribución de Soldados de Reserva Calificados o para más información debería contactar al Administrador del Plan en la dirección dada en este Resumen.

Cuenta de Gastos Flexibles para el Cuidado de Dependientes. Si usted es elegible para participar en el Plan, puede elegir tener contribuciones de reducción de salario, en un monto agregado que no exceda los \$5.000 por año de calendario o para participantes casados aplicando

separadamente \$2.500 por año de calendario, acreditados a su cuenta de gastos flexibles para el cuidado de dependientes (FSA para Cuidados de Dependientes). Usted puede recibir montos de esta cuenta en efectivo como reembolso para Gastos Vinculados con el Empleo durante el Año del Plan y mientras usted sea un participante en el FSA para Cuidados de Dependientes. Sin embargo, si usted no usa el balance entero de su cuenta con gastos que haya tenido para el final del Año del Plan también hay un “periodo de gracia” que dura dos meses y medio después del final del Año del Plan (eso es hasta el 15 de marzo del próximo Año del Plan). Los gastos elegibles que pasaron durante el periodo de gracia también pueden ser reembolsados. El periodo de gracia aplica sólo si todavía es un participante del FSA de Cuidados de Dependientes en el último día del Año del Plan. Si su participación en el FSA de Cuidados de Dependientes termina antes del final del Año del Plan, no habrá periodo de gracia.

El monto de cualquier reembolso de gastos Relacionados con el Empleo no puede exceder el monto acreditado a su Cuenta en el momento de la solicitud de reembolso. Generalmente, bajo la ley federal, los Gastos Relacionados con el Empleo son gastos de servicios del hogar y gastos relacionados con el cuidado de un “Individuo Calificante”, a los cuales incurre para que le sea posible trabajar.

Un “Individuo Calificante” es definido bajo la ley federal y actualmente significa alguien que es:

- (1) su hijo (incluyendo un hijastro), hermano, hermana, hermanastro o hermanastra (o descendiente de alguno de estos, como un nieto o su sobrina o sobrino) que sea menor de 13 años, quien resida en la misma residencia principal que usted durante al menos la mitad del año de calendario y que no provea al menos la mitad de su propia manutención del año de calendario actual,
- (2) su pareja que sea física o mentalmente incapaz de cuidar de sí misma y que tenga la misma residencia principal que usted al menos por la mitad del año de calendario o
- (3) su *dependiente para propósitos de impuestos federales* (como es definido abajo) que sea física o mentalmente incapaz de cuidarse a sí mismo y que tenga la misma residencia principal que usted por al menos la mitad del año de calendario.

Para detalles sobre los requisitos para que alguien sea su *dependiente para propósitos de impuestos federales*, vea la Publicación 501 de la IRS (disponible en línea en www.irs.gov/pub/irs-pdf/p501.pdf). Cualquiera que pueda declarar como su dependiente en la declaración de impuestos federales calificará como su *dependiente para propósitos de impuestos federales* para los beneficios de la FSA de Cuidados de Dependientes. Sin embargo, para propósitos de la FSA de Cuidados de Dependientes, note que incluso los familiares que no calificaría como sus dependientes de impuestos federales bajo las reglas de la IRS solamente porque (1) él o ella tienen una declaración de impuestos conjunta con otra persona en el año actual o (2) tenga un ingreso neto en el año mayor al monto de excepción personal de la IRS (este monto es \$4.150 para 2018 y está sujeto a ajustes por inflación cada año), ese familiar todavía es considerado como su *dependiente para propósitos de impuestos federales* para los beneficios de la FSA de Cuidados de Dependientes.

El Administrador del Plan siempre tiene el derecho de solicitar documentación de que un individuo califica como un Individuo Calificante bajo las reglas indicadas arriba y de negar los

beneficios si usted falla en proveer documentación adecuada cuando sea requerida o si el Administrador determina que los gastos de una persona no son elegibles para reembolsos. Si tiene alguna pregunta sobre si alguien califica como su dependiente para propósitos de la FSA para Cuidados de Dependientes, debería consultar con un asesor de impuestos. También, note que la determinación de si alguien es un Individuo Calificante debe ser hecha cada vez que se den los gastos. Por ejemplo, si su hijo tiene 12 años al principio del año del calendario, los gastos de cualquier otra forma elegibles pueden ser reembolsados bajo la FSA para Cuidados de Dependientes sólo para servicios que hayan sido provistos antes de cumpleaños número 13 (a menos que su hijo(a) sea mental o físicamente incapaz de cuidar de sí mismo(a)).

El monto de reembolsos que puede recibir de su FSA para Cuidados de Dependientes libre de impuestos en un año de calendario no puede exceder el Ingreso Menor Ganado (como es definido en el Plan) o el Ingreso Ganado de su pareja. Cualquier monto que usted reciba por encima de ese monto será sujeto a impuestos. Así que, por ejemplo, si usted tiene \$5.000 en su FSA para Cuidados de Dependientes y usted y su pareja tienen un Ingreso Ganado de \$20.000 y \$4.000, respectivamente, usted puede recibir \$4.000 de reembolso libre de impuestos desde la cuenta y estará sujeto a impuestos \$1.000 del reembolso que reciba. Si su pareja es un estudiante a tiempo completo o incapaz de cuidar de sí mismo, se considerará que su pareja tiene un Ingreso Ganado por cada mes que él o ella sea un estudiante a tiempo completo o incapaz de cuidar de sí mismo. El monto que será considerado como sus ingresos será de \$250 al mes, si le provee cuidados a un Individuo Calificante o de \$500 al mes si le provee cuidados a más de un Individuo Calificante.

Los Gastos Relacionados con el Empleo que se den por servicios afuera de su hogar pueden ser reembolsados sólo si incurrieron por el cuidado de (i) un Individuo Calificante que es un niño menor a trece años de edad (categoría (1) en la definición de Individuo Calificante que se encuentra arriba), u (ii) otro Individuo Calificante que regularmente pase al menos ocho horas al día en su vivienda. Adicionalmente, si los servicios son provistos en un Centro de Cuidados de Dependientes (como es definido abajo), el Centro debe cumplir con las leyes y regulaciones aplicables del gobierno estatal o local. Un “Centro de Cuidados de Dependientes” es cualquier instalación que provea cuidados para más de seis individuos que no residan en el centro y reciban tarifas, pagos o becas por proveer servicios a cualquiera de los individuos.

Ningún reembolso se hará por Gastos Relacionados con el Trabajo por servicios usados por cualquier persona por la que usted o su pareja reciban una deducción en su declaración de impuestos federales para el año del calendario aplicable o que sea su hijo (incluyendo un hijastro o un hijo adoptivo) que sea menor de 19 años al final del año.

Para ser reembolsado desde su FSA para Cuidados de Dependientes, usted debe enviar una solicitud de reembolso al Administrador del Plan en un formulario provisto por el Administrador del Plan. A menos que más adelante sea designado por el Administrador del Plan, usted debe enviar sus solicitudes no más tarde que el siguiente 15 de abril siguiendo el final del año de calendario (o periodo de gracia) en el que se dieron los gastos. Sin embargo, si su participación en el FSA para Cuidados de Dependientes cesa (porque su empleo sea terminado o por cualquier otra razón) antes del final de Año del Plan, usted debe enviar todas las solicitudes de reembolsos al Administrador del Plan a más tardar 60 días después de que su participación en el FSA para Cuidados de Dependientes haya cesado.

Por favor note que los montos resguardados en su FSA para Cuidados de Dependientes para los cuales no se ha recibido una solicitud de reembolso válida para el momento de la fecha tope descrita arriba serán pagados.

Bajo el Código Interno de Ingresos, usted también puede reducir sus impuestos al tomar un crédito de impuestos de cuidados de dependiente. Sin embargo, cualquier cantidad que usted excluya de su ingreso bajo su FSA para Cuidados de Dependientes reducirá, dólar por dólar, el crédito de impuestos disponible. Adjunto como una Exhibición está una notificación que explica los créditos de impuestos de cuidados de dependientes y las exclusiones de ingresos. La notificación también provee una hoja de trabajo para ayudarlo a determinar cuál método de deducción de impuestos es más beneficioso para usted.

Los beneficios de la FSA para Cuidados de Dependientes no están sujetos a la ley federal conocida como ERISA así que la sección “Tus Derechos Bajo ERISA” no se aplica a estos beneficios.

Derechos de Continuación y Conversión

Si recibe beneficios de cuidados de salud bajo el Plan, usted puede tener el derecho de continuar recibiendo estos beneficios, aunque su cobertura normal bajo el Plan termine. Adicionalmente, si alguno de sus beneficios de cuidados de salud es provisto a través de seguros, usted tiene el derecho de convertir su cobertura por esos beneficios de la póliza grupal a una póliza individual. Si a usted le gustaría tener más información con respecto a los derechos de continuación o conversión de los cuidados de salud, por favor contacte al Administrador del Plan. También, por favor revise la siguiente sección con respecto a la continuación de cobertura bajo la ley federal conocida como “COBRA”.

Continuación de la Cobertura bajo COBRA (notificación COBRA)

Esta sección de “Notificación COBRA” de su Resumen de la Descripción del Plan aplica para empleados y parejas y dependientes cubiertos que tengan cobertura de salud bajo el Plan. Para propósitos de esta notificación, “Plan” se refiere solamente a beneficios médicos, de prescripción de medicamentos, dentales de cuentas de gastos flexibles de cuidados de salud descritos en este Resumen y esta notificación no tiene la intención de aplicar a cualquier otro tipo de beneficio.

Usted está recibiendo esta notificación porque está cubierto bajo un plan de salud grupal ofrecido por el Plan. Esta notificación contiene información importante sobre su derecho a la continuación de cobertura COBRA, que es una extensión temporal de su cobertura del Plan. **Esta notificación generalmente explica la continuación de cobertura COBRA, cuándo puede estar disponible para usted y su familia, y lo que necesita hacer para proteger su derecho de recibirla.** Ambos, usted y su pareja (de estar casado y que su pareja está cubierta por el Plan) deberían tomarse un tiempo para leer cuidadosamente esta notificación.

El derecho a la continuación de cobertura COBRA fue creada por ley federal, la Ley de Reconciliación Consolidada del Presupuesto del Ómnibus de 1985 (COBRA). La continuación de cobertura COBRA puede estar disponible para usted cuando de cualquier otra forma perdería su cobertura grupal de salud. También puede estar disponible para otros miembros de su familia que estén cubiertos bajo el Plan cuando de cualquier otra forma perdería su cobertura grupal de salud. Para información adicional sobre sus derechos y obligaciones bajo el Plan y la ley federal, debería contactar al Administrador del Plan en la dirección dada en esta notificación.

Puede tener otras opciones disponibles para usted cuando pierda su cobertura de salud grupal. Por ejemplo, usted puede ser elegible para comprar un plan individual a través del Mercado de Seguros de Salud. Al enlistarse en una cobertura a través del Mercado, usted puede

calificar para costos más bajos en sus primas mensuales y para costos más bajos. Adicionalmente, puede calificar para un periodo de enlistamiento especial de 30 días para otro plan grupal de cobertura de salud para el que sea elegible (como el plan de su pareja), incluso si ese plan generalmente no acepta enlistamientos tardíos.

¿Qué es la Continuación de Cobertura COBRA?

La continuación de cobertura COBRA es una continuación de la cobertura de salud bajo el Plan cuando la cobertura de otra forma habría terminado por un evento de vida conocido como “evento calificante”. Los eventos calificantes específicos son enlistados más adelante en esta notificación. Después de un evento calificante, la continuación de cobertura COBRA debe ser ofrecida a cada persona que sea un “beneficiario calificado”. Usted, su pareja, y sus hijos dependientes podrían volverse beneficiarios calificados si la cobertura del Plan se pierde por un evento calificante. Bajo el Plan, los beneficiarios calificados que elijan la continuación de cobertura COBRA deben pagar por la continuación de cobertura COBRA.

Si usted es un empleado, se volverá un beneficiario calificado si pierde su cobertura bajo el Plan porque pasó alguno de los siguientes eventos calificantes:

- Sus horas de trabajo fueron reducidas, o
- Su empleo fue terminado por cualquier razón diferente a sus malas conductas.

Si usted es la pareja de un empleado, se convertirá en un beneficiario calificado si pierde su cobertura bajo el Plan porque pasó alguno de los siguientes eventos calificantes:

- Su pareja fallezca;
- Las horas de trabajo de su pareja sean reducidas;
- El empleo de su pareja sea terminado por cualquier razón diferente a sus malas conductas;
- Su pareja tenga el derecho de los beneficios de Medicare (bajo la Parte A, Parte B o ambas); o
- Usted se divorcie o se separe legalmente de su pareja.

Su hijo dependiente se convertirá en beneficiario calificado si pierde la cobertura bajo el plan porque pasó alguno de los siguientes eventos calificantes:

- El padre-empleado fallece;
- Las horas de trabajo del padre-empleado son reducidas;
- El empleo del padre-empleado es terminado por cualquier razón distinta a sus malas conductas;
- El padre-empleado adquiere el derecho a los beneficios de Medicare (Parte A, Parte B o ambas);
- Los padres se divorcian o se separan legalmente; o
- El hijo deja de ser elegible para la cobertura del plan como un “hijo dependiente”

¿Cuándo está Disponible la Cobertura COBRA?

El Plan le ofrecerá la continuación de cobertura COBRA a los beneficiarios calificados sólo después de que el Administrador del Plan haya sido notificado de que un evento calificante ha ocurrido. Cuando el evento calificante sea la terminación del empleo o la reducción de horas de

trabajo, muerte de un empleado o que el empleado adquiriera el derecho a los beneficios de Medicare (bajo la Parte A, Parte B o ambas), el empleador debe notificar al Administrador del Plan del evento calificador.

Usted Debe Dar Notificación de Algunos Eventos Calificantes

Para otros eventos calificantes (divorcio o separación legal del empleado y su pareja o una pérdida de elegibilidad del hijo dependiente de la cobertura como hijo dependiente), usted debe notificar al Administrador del Plan dentro de los 60 días después de (1) la fecha en la que haya ocurrido el evento calificador o (2) la fecha en la que terminaría la cobertura por el evento calificador. Esta notificación debe ser enviada, junto con cualquier documentación requerida a:

Miller & Long DC, Inc.
a/c Departamento de Recursos Humanos
4001 Brandywine Street, NW, Suite 400
Washington, DC 20016

Su notificación debe ser enviada en una carta escrita dirigida al Administrador del Plan. La notificación debe incluir:

- Su nombre, dirección, número de teléfono y número de identificación del plan de salud.
- El nombre, dirección, número de teléfono y número de identificación del plan de salud para cualquier dependiente o pareja cuya elegibilidad haya sido afectada por el evento calificador.
- Una descripción del evento calificador y la fecha en la que ocurrió.
- La siguiente declaración: “Al firmar esta carta, yo certifico que el evento calificador descrito en esta carta ocurrió en la fecha descrita en esta carta.”
- Su firma.

También debería enviar, junto con la carta, documentación del evento que ocurrió, como una fotocopia de la orden de divorcio o separación legal mostrando la fecha en la que comenzó el divorcio o separación legal. Si usted tiene alguna pregunta sobre qué tipo de documentación es requerida, usted debería contactar al Administrador del Plan en la dirección dada en esta notificación.

Adicionalmente a aceptar la carta con la información descrita arriba, el Administrador del Plan, en su discreción, debe desarrollar y hacer disponible un formulario, el cual debe ser completado para enviar la notificación requerida. Si este formulario está disponible, usted debe obtener una copia al solicitarla al Administrador del Plan en la dirección dada en esta notificación.

¿Cómo es Provista la Cobertura COBRA?

Una vez que el Administrador del Plan reciba la notificación que un evento calificador ha ocurrido, la continuación de cobertura COBRA será ofrecida a cada uno de los beneficiarios calificados. Cada beneficiario calificado tendrá el derecho independiente de elegir la continuación de cobertura COBRA. Los empleados cubiertos pueden elegir la continuación de cobertura COBRA en nombre de sus parejas y los padres pueden elegir la continuación de cobertura COBRA en nombre de sus hijos.

La continuación de cobertura COBRA es una continuación de cobertura temporal. (NOTA: El resto de este párrafo aplica a planes de salud diferentes al plan de cuentas de gastos flexibles para cuidados de salud. Para las reglas que aplican a las cuentas de gastos flexibles para cuidados de salud, vea la sección de “*Reglas Especiales para las Cuentas de Gastos Flexibles para Cuidados de Salud*” abajo.) Cuando el evento calificador es la muerte del empleado, el empleado adquiriendo el derecho a los beneficios de Medicare (bajo la Parte A, Parte B o ambas), su divorcio o separación legal o la pérdida de elegibilidad de un hijo dependiente como hijo dependiente, la continuación de cobertura COBRA dura hasta 36 meses. Cuando el evento calificador es la terminación del empleo o la reducción de las horas de trabajo del empleado y el empleado obtiene el derecho a Medicare menos de 18 meses antes del evento calificador, la continuación de cobertura COBRA para los beneficiarios calificados diferentes al empleado dura hasta 36 meses después de la fecha en que obtuvo Medicare. Por ejemplo, si un empleado cubierto adquiere el derecho de Medicare 8 meses antes de la fecha en la que es terminado de su empleo, la continuación de cobertura COBRA para su pareja e hijos puede durar hasta 36 meses después de la fecha en la que recibió Medicare, lo cual es igual a 28 meses después de la fecha del evento calificador (36 meses menos 8 meses). De otra forma, cuando el evento calificador es la terminación del empleo o la reducción de las horas de trabajo del empleado, la continuación de cobertura COBRA generalmente dura hasta un total de 18 meses. Hay dos formas en las que este periodo de 18 meses de continuación de cobertura COBRA puede ser extendido, como es descrito en las siguientes dos secciones de esta Notificación.

Extensión del Periodo de 18 Meses de Continuación de Cobertura por Discapacidad

Si usted o alguien en su familia cubierto por el Plan es determinado por la Administración del Seguro Social como discapacitado y lo notifica al Administrador del Plan de forma oportuna, usted y su familia entera pueden recibir 11 meses adicionales de la continuación de cobertura COBRA, para un máximo total de 29 meses. La discapacidad tiene que haber comenzado en algún punto antes del día 60 de la continuación de cobertura COBRA y debe durar al menos hasta el final del periodo de 18 meses de la continuación de cobertura. Para notificar al Administrador del Plan de una determinación de discapacidad, usted debe seguir los mismos procedimientos descritos arriba bajo “*Usted Debe Dar Notificación de Algunos Eventos Calificantes*”. Su notificación debe incluir documentación de la decisión de la Administración del Seguro Social y debe ser enviada dentro de los 60 días después de la fecha de la decisión, o si es después, dentro de los 60 días después de (1) la fecha en la que el evento calificador original ocurrió o (2) la fecha en la que la cobertura habría terminado de cualquier otra forma (si la cobertura COBRA no fue elegida) por el evento calificador original.

Extensión del Periodo de 18 Meses de Continuación de Cobertura por un Segundo Evento Calificante

Si su familia experimenta otro evento calificador mientras recibe la continuación de cobertura COBRA de 18 meses, la pareja y los hijos dependientes en su familia pueden obtener hasta 18 meses adicionales de la continuación de cobertura COBRA, por un máximo de 18 meses, si la notificación del segundo evento calificador es dada apropiadamente al Plan (siguiendo los mismos procedimientos descritos arriba bajo “*Usted Debe Dar Notificación de Algunos Eventos Calificantes*”). Esta extensión puede estar disponible para su pareja y cualquiera de sus hijos dependientes recibiendo continuación de cobertura si el empleado o antiguo empleado fallece, adquiere el derecho de los beneficios de Medicare (bajo Parte A, Parte B o ambas), o se divorcia o separa legalmente o si el hijo dependiente deja de ser elegible para el Plan como hijo dependiente, pero sólo si el evento hubiera causado que la pareja o el hijo dependiente perdieran la cobertura

bajo el Plan si el primer evento calificador no hubiese ocurrido.

Reglas Especiales para las Cuentas de Gastos Flexibles para Cuidados de Salud

Para la cuenta de gastos flexibles para cuidados de salud (FSA de Salud), la continuación de cobertura COBRA sólo estará disponible si el monto que sería requerido que el beneficiario calificado pague para la cobertura del resto del Año de Plan sea menor a la cantidad de reembolsos que estarían disponibles para el beneficiario calificado si él o ella eligiera la cobertura COBRA. También, incluso si la continuación de cobertura COBRA está disponible, estaría disponible sólo por el resto del Año del Plan en el que ocurrió el evento calificador (más cualquier periodo de gracia que aplique después del final de ese Año del Plan (como es descrito en el Resumen de la Descripción del Plan), pero sólo si el beneficiario calificado mantiene la cobertura COBRA en efecto hasta el último día del Año del Plan). La continuación de cobertura COBRA para la FSA de Salud no puede ser extendida más allá de ese tiempo por ninguna razón.

EJEMPLO: Asuma que una empleada elige contribuir un total de \$1.200 a su cuenta de FSA de Salud para un Año de Plan y después su empleo es terminado seis meses después del comienzo del Año del Plan. Para ese momento, ella había contribuido \$600 a su cuenta de FSA a través de deducciones de su salario. Asuma que ella ya ha recibido \$800 en reembolsos de su cuenta por gastos elegibles que ella pagó antes de que su empleo fuera terminado. En ese caso, el máximo beneficio máximo que ella podría recibir de su cuenta por cualquier gasto elegible que tenga por el resto del Año del Plan es de \$400, y sería requerido que ella pagara un total de \$600 (más alrededor de \$12 en primas adicionales permitidas bajo COBRA) para continuar con esa cobertura. En ese caso, el monto que ella tendría que pagar (alrededor de \$612) es más que el máximo que ella sería elegible para recibir en reembolsos (\$400), así que a ella no se le ofrecería la continuación de cobertura COBRA bajo la FSA. Por otro lado, si ella hubiese tenido gastos de \$588 o menos antes de que su empleo hubiese sido terminado, a ella se le ofrecería la oportunidad de elegir la continuación de cobertura COBRA bajo la FSA restante por el resto del Año del Plan porque su máximo beneficio bajo el Plan por el resto del Año del Plan sería mayor a la cantidad que tendría que pagar (\$612).

Cualquier fecha tope u otras reglas (incluyendo las reglas del periodo de gracia) para llenar una solicitud de reembolso bajo la FSA de Salud, como fue descrito antes en el Resumen de la Descripción del Plan, continuarán aplicando si elige la continuación de cobertura bajo la FSA de Salud.

Periodo de Elección Adicional para la Continuación de Cobertura para “Individuos Elegibles para TAA”

Adicionalmente a otras reglas COBRA descritas en esta sección de su Resumen de la Descripción del Plan, hay algunas reglas especiales que aplican si usted es clasificado como un “individuo elegible para TAA” por el Departamento del Trabajo de EE.UU. (Esto sólo aplica si usted califica para asistencia bajo la Ley de Reforma de Ajuste de Asistencia de Cambio de 2002 porque usted queda desempleado como resultado del aumento de las importaciones o el cambio de la producción a otros países.)

Si usted es clasificado por el Departamento de Trabajo como un individuo elegible para TAA, y usted no elige la continuación de su cobertura cuando pierde su cobertura en primer lugar,

usted puede calificar para un periodo de elección que comience el primer día del mes en el que se convierta en un individuo elegible para TAA y que dure hasta 60 días. Sin embargo, en ningún evento este periodo de elección puede durar después de los seis meses después de su pérdida de cobertura relacionada con TAA. Si usted elige la continuación de su cobertura durante este periodo especial de elección, su continuación de cobertura comenzaría al principio de ese periodo de elección, pero, para los propósitos de los periodos de cobertura requeridos descritos en esta Notificación, su periodo de cobertura será medido desde la fecha de su pérdida de cobertura relacionada con TAA.

¿Hay otras opciones de cobertura aparte de la continuación de cobertura COBRA?

Sí. En vez de enlistarse en la continuación de cobertura COBRA, puede haber otras opciones de cobertura para usted y su familia a través del Mercado de Seguros de Salud, Medicaid u otras opciones de planes de cobertura de salud grupal (como el plan de su pareja) a través de lo que es llamado “periodo especial de enlistamiento”. Algunas de estas opciones cuestan mucho menos que la continuación de cobertura COBRA. Puede aprender mucho más sobre muchas de estas opciones en www.healthcare.gov.

Si Tiene Preguntas

Preguntas con respecto a su Plan o a sus derechos a la continuación de cobertura COBRA deberían ser dirigidas al contacto o contactos identificados abajo. Para más información sobre sus derechos bajo La Ley de Seguridad de Ingresos durante la Jubilación del Empleado (ERISA), incluyendo COBRA, La Ley de Protección del Paciente y Cuidados de Salud Asequibles, y otras leyes que afecten los planes de salud grupales, contacte a la oficina Regional o Distrital más cercana de la Administración de Beneficios del Seguro para Empleados (EBSA) del Departamento de Trabajo de EE.UU. en su área o visite www.dol.gov/ebsa. (Las direcciones y números de teléfono de las oficinas Regionales y Distritales de EBSA están disponibles en el sitio web de EBSA.) Para más información sobre el Mercado, visite www.HealthCare.gov.

Mantenga a Su Plan Informado de sus Cambios de Dirección

Para proteger los derechos de su familia, debería mantener al Administrador del Plan informado de cualquier cambio en las direcciones de los miembros de su familia, Usted también debería tener una copia, para sus archivos, de las notificaciones que envía al Administrador del Plan.

Información de Contacto del Plan

Si usted tiene preguntas o necesita más información sobre la continuación de cobertura de COBRA bajo el Plan, por favor contacte al Administrador del Plan en la dirección o el número de teléfono dados en este Resumen.

Cuidados Médicos de Emergencia

Si usted cree que necesita cuidados médicos de emergencia, no debería dejar pasar esos cuidados porque crea que no están cubiertos por el Plan.

Pacientes para Evaluar el Cuidado

El Empleador no asume la responsabilidad por el cuidado médico reembolsado por el Plan

y que es provisto por cualquier practicante de la medicina. Cada paciente debería evaluar la calidad del cuidado y actuar acordeamente. Ninguna provisión del Plan expresada en este Resumen o en los documentos del Plan deberían interpretarse como restricciones al acceso o entrega de servicios medicamente necesarios. La decisión de un paciente de rechazar un cuidado no debería estar basada en su interpretación de este Resumen de la Descripción del Plan o de los documentos del Plan.

Información de la Privacidad de la Salud

Para los propósitos de los beneficios de salud ofrecidos bajo este Plan, el Plan usa y revela información de salud sobre usted y cualquier dependiente cubierto sólo si es necesario para administrar el Plan. Para proteger la privacidad de la información de la salud, el acceso a su información de salud está limitado a esos propósitos. Las opciones de planes de salud ofrecidas por el Plan cumplirán con los requisitos de privacidad de la información de salud de las regulaciones federales emitidas por el Departamento de Salud y Servicios Humanos. Las políticas de privacidad del Plan están descritas con más detalle en la Notificación de las Prácticas de Privacidad de la Información de Salud del Plan o Notificación de Privacidad. Si usted es un empleado y está cubierto por cualquiera de las opciones de beneficios de salud del Plan, debería haber recibido una copia de la Notificación de Privacidad del Plan con este Resumen (si no recibió uno previamente). Adicionalmente, una copia de la Notificación de Privacidad Actual del Plan siempre estará disponible al ser solicitada. Por favor contacte al Administrador del Plan en la dirección indicada más adelante en este Resumen si le gustaría solicitar una copia de la Notificación o si tiene preguntas sobre las políticas de privacidad del Plan.

Beneficios de Salud Después del Parto

El Plan y cualquier compañía de seguros asegurando a los beneficios de salud del Plan, generalmente no pueden, bajo ley federal, restringir los beneficios de cualquier estadía hospitalaria de cualquier duración que esté en relación con el parto para la madre o el recién nacido a menos de 48 horas siguiendo un parto vaginal, o menos de 96 horas siguiendo a una cesárea. Sin embargo, la ley federal generalmente no prohíbe que el proveedor de atención de la madre o del recién nacido, después de consultar con la madre, de darle de alta a la madre y/o al recién nacido antes de las 48 horas o 96 horas, según aplique. En cualquier caso, el Plan y cualquier compañía de seguros no puede, bajo ley federal, pedirle a un proveedor que obtenga una autorización del Plan o de la compañía de seguros, de haber alguna, para prescribir una estadía que no exceda las 48 horas o 96 horas según aplique.

Procedimientos de Reclamos

El siguiente resumen de los procedimientos de reclamos del Plan tiene la intención de reflejar las regulaciones de los procedimientos de reclamos del Departamento de Trabajo y para ciertos beneficios médicos, los requisitos aplicables de regulaciones emitidas bajo la Ley de Cuidados de Salud Asequibles y deberían ser interpretados de forma acorde. Si hay algún conflicto entre este resumen y esas regulaciones, las regulaciones tendrán el control. Adicionalmente, cualquier cambio en leyes aplicables se aplicará al Plan automáticamente de forma efectiva en la fecha de esos cambios.

Para cualquier beneficio asegurado, los procedimientos de reclamos del asegurador generalmente se aplicarán en vez de los procedimientos de reclamo descritos en este Resumen. La sección de Procedimiento de Reclamos incluye las descripciones de los requisitos mínimos para

los procedimientos de reclamos que apliquen a los beneficios de los asegurados, pero los detalles completos del procedimiento de reclamos para los beneficios del asegurado son descritos en el Folleto de Beneficios de la aseguradora que describe el beneficio específico del asegurado. Si tiene preguntas sobre los procedimientos de reclamos para cualquier beneficio de asegurado, debería contactar a la aseguradora directamente.

Note que para cualquier reclamo por un beneficio del Plan no que no está sujeto a ERISA, las regulaciones del Departamento del Trabajo no aplican. Para esos reclamos, incluyendo los reclamos para las cuentas de gastos flexibles del cuidado de dependientes o beneficios de discapacidad a corto plazo, el procedimiento de reclamos descrito en esta sección que aplica para los beneficios diferentes a los beneficios de salud y discapacidad que aplicarán, pero cualquier requisito que el Administrador del Plan (o la aseguradora) le pidan al que hace el reclamo sobre cualquier derecho bajo ERISA no aplicará a ese reclamo.

Para recibir los beneficios del Plan debe seguir los procedimientos establecidos por el Administrador del Plan y/o la compañía aseguradora que tiene la responsabilidad de pagarle ciertos beneficios a usted. Si no sigue los procedimientos de reclamos del Plan, puede perder su derecho a los beneficios del Plan, incluyendo cualquier derecho que tenga de tomar acciones legales por sus beneficios.

Para propósitos de estos procedimientos, “beneficio de salud” o “reclamo de salud” se refieren a los beneficios o reclamos que involucren la cobertura de servicios médicos, dentales, del cuidado de la visión y de cuentas de gastos flexibles para cuidados de la salud. También un beneficio o reclamo es considerado un “beneficio de discapacidad” o “reclamo de discapacidad” para propósitos de estos procedimientos si el beneficio o reclamo incluye reclamos de beneficios por muertes o desmembramientos accidentales, requieren que el Plan o la Asegurador hagan la determinación de si la persona que está haciendo el reclamo ha experimentado discapacidad.

Determinación Adversa

Para propósitos de la Sección de Procedimiento de Reclamos, una “determinación adversa” es cualquier negativa, reducción, terminación o fallo por parte del Plan para proveer o hacer el pago (completo o una parte de él) para un beneficio incluyendo cualquier decisión que esté basada en la determinación de la elegibilidad de un individuo para participar en un beneficio del Plan. Para cualquier cobertura que esté sujeta a la Ley de Cuidados de Salud Asequibles una “determinación adversa” también incluye cualquier revocación de la cobertura. Una revocación de la cobertura generalmente es una terminación retroactiva de la cobertura por un fraude o por la malinterpretación de un hecho material. Note que una terminación de la cobertura por falta del pago de cualquiera de las contribuciones requeridas no es considerada una revocación y no está sujeta a estos procedimientos de reclamos incluso si es un retroactivo efectivo hasta la fecha en la que la cobertura fue pagada. Si la terminación de la cobertura es considerada una “revocación” y por lo tanto es una determinación adversa está sujeta a estos procedimientos de reclamos que será determinado por el Asesor basándose en la ley aplicable.

Reclamos Iniciales

Los reclamos iniciales para los beneficios del Plan son hechos al Administrador del Plan o, si el beneficio se da a través de un seguro, a la Aseguradora que provee ese beneficio. El resto de estos procedimientos usa el nombre “Asesor” para referirse ya sea al Administrador del Plan o a la Aseguradora, cualquiera que sea responsable por revisar el reclamo. Todos los reclamos deben

ser enviados por escrito (excepto a la extensión en que los reclamos orales estén permitidos para reclamos de cuidados urgentes, como es descrito abajo) al Asesor. Los reclamos deben ser enviados lo más pronto posible después de que haya ocurrido el gasto. A menos que una fecha tope más tardía aplique expresamente en este Resumen o en el folleto de beneficios o en el contrato del seguro, ningún reclamo inicial por cualquier beneficio será aceptado, procesado o pagado por cualquier gasto si el reclamo inicial se envió más de un año después de la fecha en la que se hizo el gasto. (Para las fechas tope para enviar solicitudes de reembolso de la cuenta de gastos flexibles para cuidados de salud, vea la sección “Resumen de los Beneficios Disponibles” en este Resumen.)

El Asesor revisará el reclamo él mismo o asignará a un individuo o a una entidad para que revise el reclamo, siguiendo los siguientes procedimientos. (Para propósitos de estos procedimientos, “beneficio de salud” o “reclamo de salud” se refieren a los beneficios o reclamos que involucren la cobertura de servicios médicos, dentales, del cuidado de la visión y de cuentas de gastos flexibles para cuidados de la salud.)

(a) Reclamos de Beneficios No Relacionados con la Salud o Discapacidad. Para cualquier reclamo que no sea un reclamo de salud o discapacidad, el que envía el reclamo será notificado dentro de los 90 días después de que el reclamo haya sido archivado si el reclamo fue permitido o negado, a menos que el que hace el reclamo reciba una notificación escrita del Asesor antes del final del periodo de 90 días declarando que las circunstancias requieren una extensión del tiempo para la decisión, en tal caso la extensión no será mayor de 180 días después de que se haya archivado el reclamo.

(b) Reclamos de Beneficios de Salud.

(i) Reclamos de Cuidados Urgentes. Si el Reclamo es para los beneficios de cuidados de salud urgentes, el Asesor notificará al que envía el reclamo la determinación del beneficio del Plan (si es adversa o no) tan pronto como sea posible, tomando en cuenta las exigencias médicas, a más tardar 72 horas después de que el Plan haya recibido el reclamo, a menos que el que hace el reclamo falle en proveer información suficiente para determinar si, o hasta qué extensión, los beneficios son cubiertos o pagables por el Plan. En los casos en los que el que hace el reclamo falle en dar suficiente información para decidir sobre el reclamo, el Asesor le notificará la información específica necesaria para completa el reclamo al que hace el reclamo lo más pronto posible, a más tardar 24 horas después de que el Plan haya recibido el reclamo. La notificación puede ser oral a menos que una notificación escrita sea solicitada por el que hace el reclamo. Al que hace el reclamo se le dará una cantidad razonable de tiempo, tomando en cuenta las circunstancias, que no será menor a 48 horas para enviar la información especificada. El Asesor le informará al que hace el reclamo sobre la determinación del Plan lo más pronto posible, pero en ningún caso más de 48 horas después de (1) que el Plan haya recibido la información especificada adicional o (2) el final del periodo que se le dio al que hace el reclamo para proveer la información especificada adicional.

Los reclamos de los beneficios de salud son considerados reclamos de cuidados urgentes si al aplicar los periodo de tiempo para hacer determinaciones de cuidados no urgentes podría poner en peligro la vida o la salud del que hace el reclamo o la habilidad del que hace el reclamo para recuperar su capacidad funcional máxima o, en la opinión de un médico que conozca la condición médica del que hace el reclamo, pondría al que hace el reclamo en dolor severo que no podría ser manejado adecuadamente sin el cuidado o tratamiento al que está sujeto el reclamo. El Plan llevará a cabo la determinación si es calificado por un proveedor de atención como un reclamo que califica como reclamo de cuidados urgentes basándose en las definiciones resumidas en la

oración anterior.

(ii) Reclamos de Cuidados Concurrentes. Si el Plan ha aprobado que una serie de tratamientos de cuidados de la salud continuos sean brindados por un periodo de tiempo o por un número de tratamiento, cualquier reducción o terminación del Plan de la serie de tratamientos previamente aprobados (diferentes a enmiendas o terminaciones del Plan) antes del periodo de tiempo o número de tratamientos aprobados constituye una determinación adversa. En ese caso, el Asesor le notificará al que hace el reclamo de la determinación adversa con suficiente tiempo en antelación a la reducción o terminación para permitirle al que hace el reclamo que apele u obtenga una revisión de la determinación de esa determinación adversa antes de la reducción o terminación de ese beneficio.

Cualquier solicitud por el que hace el reclamo para extender una serie de tratamientos de cuidado urgente previamente aprobados más allá del periodo o número de tratamientos aprobados será decidido tan pronto como sea posible, tomando en cuenta las exigencias médicas, y el Asesor le notificará al que hace el reclamo de la determinación del beneficio, si es adversa o no, dentro de las 24 horas después de que el Plan haya recibido el reclamo, estos reclamos tiene que ser enviados al Plan al menos 24 horas antes de la fecha de expiración prescrita para el periodo de tiempo o el número de tratamientos.

(iii) Reclamos de Otros Beneficios de Salud. Para cualquier beneficio de salud que no haya sido descrito arriba:

(A) Para cualquier reclamo de beneficio de salud antes del servicio, el Asesor debe notificar al que hace el reclamo de la determinación del beneficio del Plan (si es adversa o no) dentro de un periodo razonable de tiempo apropiado para las circunstancias médicas, a más tardar 15 días después de que el Plan haya recibido el reclamo. Si por circunstancias especiales el Asesor necesita tiempo adicional para procesar el reclamo, el que hace el reclamo será notificado dentro de los 15 días después de que el Plan haya recibido el reclamo de esas circunstancias especiales y de cuando se espera que el Asesor tome su decisión. Bajo ninguna circunstancia el Asesor puede extender el tiempo para tomar la decisión a más de 30 días después de haber recibido el reclamo. Si alguna extensión fuese necesaria debido a que el que hace el reclamo falle en mandar la información necesaria para decidir sobre el reclamo, la notificación de extensión debe incluir específicamente la información requerida, y al que hace el reclamo se le dará al menos 45 días desde que reciba la notificación en los cuales deberá proveer la información especificada.

Un reclamo por un servicio de salud es considerado un reclamo antes del servicio si el reclamo requiere la aprobación, parcial o completa, antes de obtener el servicio de salud en cuestión.

(B) Para cualquier reclamo de beneficio de salud después del servicio, el Asesor le notificará al que hace el reclamo de la determinación adversa del plan en un periodo de tiempo razonable, a más tardar 30 días después de haber recibido el reclamo. Si por circunstancias especiales el Asesor necesita tiempo adicional para procesar el reclamo, el que hace el reclamo será notificado, dentro de los 30 días después de que el Plan reciba el reclamo, de esas circunstancias especiales y de cuando se espera que el Asesor tome su decisión. Bajo ninguna circunstancia el Asesor puede extender el tiempo para tomar la decisión a más de 45 días después de haber recibido el reclamo. Si alguna extensión fuese necesaria debido a que el que hace el reclamo falle en mandar la información necesaria para decidir sobre el reclamo, la notificación de

extensión describirá la información requerida, y al que hace el reclamo se le dará al menos 45 días desde que reciba la notificación en los cuales deberá proveer la información especificada.

Un reclamo de un beneficio de salud es considerado un reclamo después del servicio si la solicitud es por el pago de servicios u otros beneficios que ya fueron provistos (o cualquier reclamo de beneficio de salud que no sea un reclamo antes del servicio.)

(c) Reclamos de Beneficios de Discapacidad. Para cualquier reclamo de beneficios de discapacidad el Asesor le notificará al que hace el reclamo de la determinación adversa del Plan dentro de un periodo de tiempo razonable, a más tardar 45 días después de haber recibido el reclamo. Si por asuntos que van más allá del control del Plan el Asesor necesita tiempo adicional para procesar un reclamo, el que hace el reclamo será notificado, dentro de los 45 días después de que el Asesor haya recibido el reclamo, de esas circunstancias especiales y de cuando se espera que el asesor tome su decisión, a más tardar 75 días. Si antes del final del periodo de extensión, debido a asuntos más allá del control del Plan, no se ha podido tomar una decisión dentro del periodo de extensión, el periodo para hacer la determinación puede extenderse hasta 105 días, pero el Asesor le debe enviar al que hace el reclamo una notificación de las circunstancias que requieren una extensión y la fecha en la cual se espera que el Asesor tome su decisión. La notificación de extensión específicamente explicará los estándares en los que se basa el beneficio de discapacidad, los problemas no resueltos que eviten una decisión sobre el reclamo y la información adicional necesitada del que hace el reclamo para resolver esos problemas, y al que hace el reclamo se le deberán dar al menos 45 días en los cuales debe proveer la información especificada.

(d) Forma y Contenido de las Negativas a Reclamos Iniciales. Si el Asesor rechaza un reclamo, le proveerá al que hace el reclamo una notificación escrita o electrónica que incluya:

- (i) Una descripción específica de la razón del rechazo;
- (ii) Una referencia a cualquier provisión del Plan o del contrato del seguro en la cual se base el rechazo;
- (iii) Una descripción con cualquier información adicional que el que hace el reclamo debería enviar para perfeccionar el reclamo (incluyendo una explicación de por qué esa información es necesaria);
- (iv) Una notificación de que el que hace el reclamo tiene el derecho de solicitar una revisión del rechazo del reclamo e información de los pasos que debe seguir si el que hace el reclamo desea solicitar una revisión del rechazo del reclamo;
- (v) Una declaración sobre el derecho del que hace el reclamo de tomar acciones civiles bajo la ley federal llamada “ERISA” después de cualquier negativa sobre la revisión de un reclamo inicial y una descripción de cualquier límite de tiempo que aplicaría bajo el Plan el tomar esas acciones.

Adicionalmente, si se rechazan beneficios de salud o de discapacidad los siguientes deben ser enviados al que hace el reclamo:

- (i) Una copia de cualquier regla, guía, protocolo u otro criterio similar del que se dependió para hacer la determinación adversa (o una declaración que el mismo será dado al que hace el reclamo al solicitarlo y sin ningún cargo); y

(ii) Si la determinación adversa está basada en la necesidad médica del Plan, tratamientos experimentales o una exclusión o limitante similar, una explicación de los juicios científicos o clínicos que se aplican para esta exclusión o limitante a las circunstancias médicas del que hace el reclamo (o una declaración de que el mismo será dado al que hace el reclamo al solicitarlo y sin ningún cargo).

Para una determinación adversa concerniente a un reclamo de salud que involucre cuidados urgentes, la información descrita en esta Sección puede ser dada al que hace el reclamo oralmente dentro del marco de tiempo permitido, y una notificación escrita o electrónica acorde con esta Sección debe ser dada no más de tres días después de la notificación oral.

Revisiones de Determinaciones Adversas Iniciales

Si envía un reclamo para los beneficios del Plan e inicialmente es rechazado bajo los procedimientos descritos arriba, usted puede solicitar una revisión de esa negativa bajo los siguientes procedimientos.

(a) Reclamos de Beneficios No Relacionados a la Salud ni Discapacidad. Para beneficios diferentes a los beneficios de salud y discapacidad, una solicitud de revisión de un reclamo rechazado debe hacerse por escrito al Asesor dentro de los 60 días después de que usted haya recibido la notificación de rechazo inicial de su reclamo. La decisión de revisar se hará dentro de un tiempo razonable no mayor a 60 días después de que el Asesor haya recibido la solicitud para una revisión, a menos que haya circunstancias especiales que requieran que se dé una extensión de tiempo para el procesamiento, en ese caso una decisión se debe dar a más tardar 120 días de haber recibido la solicitud para la revisión.

El Asesor le proveerá al que hace el reclamo la oportunidad de revisar y recibir sin cargos todos los documentos, información y archivos relevantes y enviarle sus problemas y comentarios por escrito al Asesor. El Asesor tomará en cuenta todos los comentarios, documentos, archivos y otra información enviada por el que hace el reclamo en relación con el reclamo sin importar si la información fue enviada o considerada para la consideración inicial de beneficio.

(b) Reclamos de Beneficios de Salud y Discapacidad. Si hace un reclamo inicial por beneficio de salud y discapacidad que haya sido rechazado puede solicitar una revisión de esa negativa en un periodo no mayor a 180 días después de que el que haya hecho el reclamo reciba la notificación de la determinación adversa. Excepto que como es provisto abajo para una revisión expedita del rechazo de un reclamo para cuidados de salud urgentes, una solicitud se debe enviar al Asesor por escrito.

El que hace el reclamo puede solicitar una revisión expedita del rechazo de un reclamo de cuidados de salud urgentes. Esta solicitud se le puede hacer al Asesor oralmente o por escrito y toda la información necesaria, incluyendo la determinación en revisión del Plan, serán transmitidas entre el Plan y el que hace el reclamo por teléfono, facsímil u otro método expedito similar que esté disponible.

Adicionalmente a proveer el derecho de revisar los documentos y enviar comentarios como es descrito en (a) arriba, una revisión deberá cumplir con los siguientes requisitos:

(i) El Plan deberá proveer una revisión que no tome en cuenta la determinación adversa inicial y que debe ser conducida por un fiduciario apropiadamente nombrado del Plan que

no haya hecho la determinación inicial que está sujeta a apelación ni sea un subordinado de la persona que haya hecho la determinación.

(ii) El fiduciario apropiadamente nombrado del Plan consultará con un profesional de la salud que esté entrenado apropiadamente y tenga experiencia en el campo de la medicina involucrado en el juicio médico antes de tomar una decisión sobre la revisión de cualquier determinación adversa inicial basada completamente o en parte en un juicio médico, incluyendo determinaciones que tomen en cuenta si el tratamiento, droga o artículo en particular es experimental, en investigación o no es medicamento necesario o apropiado. El profesional destinado para estos propósitos de consulta en la oración precedente debe ser un individuo que no sea el individuo consultado en la determinación inicial que está sujeta a apelación ni un subordinado de ese individuo.

(iii) El Plan le dará al que hace el reclamo la identificación de los expertos médicos y vocacionales cuyo consejo fue obtenido en nombre del Plan en conexión con la revisión de la determinación, sin tomar en cuenta si se apoyaron en estos consejos al hacer la revisión de la determinación.

(iv) Para propósitos de cualquier cobertura médica, el Plan le permitirá al que hace el reclamo que revise el archivo del reclamo y que presente evidencias y testimonios que cumplan con los siguientes requisitos adicionales.

(A) El Plan le proveerá al que hace el reclamo, libre de cargos, cualquier evidencia nueva o adicional considerada, en la que se apoyaron o generada por o en nombre del Plan en conexión con el reclamo tan pronto como sea posible y con suficiente tiempo de antelación de la fecha tope del Plan para brindar notificación del rechazo final de un reclamo (como es descrito en los procedimientos de reclamos y Regulaciones aplicables) para darle al que hace el reclamo una oportunidad razonable para responder antes de esa fecha; y

(B) Antes de que el Plan emita su decisión final sobre la revisión basado en una racionalización nueva o inicial, el que hace el reclamo será provisto, libre de cargo, con la racionalización de la decisión del Plan tan pronto como sea posible y con suficiente tiempo de antelación antes de la fecha tope del Plan para brindar notificación del rechazo final de un reclamo (como es descrito en los procedimientos de reclamos y Regulaciones aplicables) para darle al que hace el reclamo una oportunidad razonable para responder antes de esa fecha.

(c) Fecha Tope para Decisiones sobre Revisiones.

(i) Reclamos sobre Beneficios de Salud Urgentes. Para reclamos sobre cuidados de salud urgentes, el Asesor le notificará al que hace el reclamo sobre la determinación del Plan sobre la revisión tan pronto como sea posible, tomando en cuenta las exigencias médicas, a más tardar 72 horas después de que el Plan reciba la solicitud del que hace el reclamo para revisar la determinación adversa inicial del Plan, a menos que el que hace el reclamo falle en proveer información suficiente para determinar si, o hasta qué punto, los beneficios son cubiertos o pagables por el Plan.

(ii) Reclamos de Otros Beneficios de Salud.

(A) Para reclamos antes de un servicio de salud, el Asesor le debe notificar al que hace el reclamo de la determinación del Plan sobre la revisión dentro de un periodo

razonable de tiempo apropiado para las circunstancias médicas, pero por ningún evento mayor a 30 días después de que el Plan reciba la solicitud del que hace el reclamo para revisar la determinación adversa inicial.

(B) Para reclamos después de un servicio de salud, el Asesor le notificará al que hace el reclamo sobre la determinación de la revisión del beneficio del Plan en un periodo razonable de tiempo, pero que en ningún evento sea mayor a 60 días después de que el Plan haya recibido la solicitud del que hace el reclamo para la revisión de la determinación adversa inicial.

(iii) Reclamos de Beneficios de Discapacidad. Para los reclamos de discapacidad, la decisión de la revisión se hará dentro de un tiempo razonable pero que no sea mayor a 45 días después de que el Asesor haya recibido la solicitud de una revisión, a menos que haya circunstancias especiales que requieran que se dé una extensión del tiempo requerido para el procesamiento, en ese caso una decisión será dada a más tardar 90 días después de haber recibido la solicitud de revisión.

(d) Forma y Contenido de una Notificación de Decisión de una Revisión. Una vez que sea completada la revisión de la determinación adversa de un reclamo inicial, el Asesor le proveerá al que hace el reclamo una notificación escrita o electrónica sobre su decisión de la revisión. Para cualquier determinación adversa en revisión, la notificación debe incluir:

- (i) una descripción de la decisión;
- (ii) una descripción de las razones específicas de la decisión;
- (iii) una referencia de cualquier provisión relevante del Plan o del contrato del seguro en el que se base la decisión;
- (iv) una declaración de que el que hace el reclamo tiene el derecho de recibir, al solicitarlo y sin cargos, un acceso razonable a, y copias de, todos los documentos, archivos y otra información en los archivos del Plan que sean relevantes para el reclamo de beneficios;
- (v) si aplica, una declaración describiendo los derechos del que hace el reclamo para tomar acciones judiciales bajo la sección 502(a) de ERISA y una descripción de cualquier límite de tiempo que aplique bajo el Plan para tomar esas acciones;
- (vi) si aplica, una declaración describiendo los procedimientos de apelación voluntarios ofrecidos por el Plan y sobre los derechos del que hace el reclamo para obtener información sobre esos procedimientos;
- (vii) si una regla interna, guía, protocolo o criterio similar fue usado para hacer la determinación adversa en la revisión, una copia de la regla, guía, protocolo o criterio similar será dado sin cargos al solicitarlo; y
- (viii) si la determinación adversa de la revisión está basada en una necesidad médica, tratamiento experimenta o una exclusión o limitación similar, una explicación del juicio científico o médico en el que se basó la determinación, aplicando los términos del Plan a las circunstancias médicas del que hace los reclamos o una declaración de que esa explicación se dará sin cargos al solicitarla.

Requisitos Adicionales para los Planes Médicos

Para cualquier determinación adversa que involucre cobertura médica, cualquier notificación de determinación adversa debe ser dada en una forma cultural y lingüísticamente apropiada de acuerdo a la ley aplicable con respecto a esas notificaciones e incluirán (adicionalmente a los otros requisitos descritos arriba):

- (1) información suficiente para identificar el reclamo involucrado, incluyendo la fecha del servicio, el proveedor de cuidados médicos y el monto del reclamo (si aplica);
- (2) una discusión de la decisión, así como revelación del código de rechazo usado (y una explicación de su significado) y una descripción de los estándares del Plan de haber alguno que fueron usados para rechazar el reclamo;
- (3) una descripción disponible de las apelaciones internas y externas en el proceso de revisión, incluyendo información con respecto a cómo iniciar una apelación;
- (4) información (incluyendo la información de contacto) sobre la disponibilidad de cualquier oficina de asistencia del consumidor de seguros de salud o reguladores en cumplimiento a la Ley de Cuidados de Salud Asequibles para asistir a individuos con reclamos internos y apelaciones y procesos de revisión externa; y
- (5) una declaración describiendo la disponibilidad, al ser solicitado, de cualquier código de diagnóstico aplicado (y una explicación de su significado) y cualquier código de tratamiento aplicable (y una explicación de su significado).

También, para todos los reclamos que involucren cobertura que esté sujeta a la Ley de Cuidados de Salud Asequibles, el Plan asegurará que los reclamos y apelaciones sean decididos en una manera diseñada para asegurar la independencia e imparcialidad de los individuos involucrados en las decisiones de los reclamos. Las decisiones con respecto a contrataciones, compensaciones, terminaciones, ascensos, o asuntos similares que no serán basados en la probabilidad de que cualquier persona involucrada en tomar decisiones con respecto a los reclamos apoye el rechazo de los beneficios.

Requisitos Adicionales para Reclamos Fuera de la Red para Cobertura Médica

Los reclamos Médicos Fuera de la Red enviados al Plan deben cumplir con los estándares de facturación establecidos por el Departamento de Salud y Centro de Recursos Humanos para los Servicios de Medicare y Medicaid de los Estados Unidos de América para propósitos de procesamiento de reclamos de Medicare. Los reclamos enviados en nombre de miembros que buscaron cuidados afuera de la red de proveedores de cuidados de salud con tarifas negociadas a través de la Red del Plan u otros arreglos contractuales específicos negociados serán sujetos a las Tasas de Reembolsos Razonables Basadas en Medicare o a las Tasas de Reembolsos basadas en referencias. Las Tasas de Reembolsos Basadas en Referencias estarán basadas en las tarifas de horarios de Medicare enlistadas por región geográfica, publicadas y disponibles públicamente tarifas, listas de costos y comparaciones, cualquier recurso enlistado, tasas o cualquier combinación de esos recursos que resulten en una determinación razonable del gasto bajo el Plan, dentro del rango de lo que es aceptado como un pago justo. Si usted tiene un balance facturado por los servicios cubiertos con una instalación o institución (hospital, instalación de rehabilitación, etc.) debería contactar al Número de Servicio al Consumidor en su Tarjeta de Identificación.

Cálculo de los Periodos de Tiempo

Para propósitos de los periodos de tiempo especificados en la sección de Procedimientos de Reclamos, el periodo durante el cual se debe hacer la determinación de un beneficio comienza cuando el reclamo o apelación es archivado de acuerdo con los procedimientos del Plan sin importar si toda la información necesaria para tomar la decisión acompaña al reclamo. Si el periodo de tiempo es extendido porque el que hace el reclamo falla en enviar toda la información necesaria para un reclamo inicial para beneficios de salud (diferente a beneficios de cuidados urgentes) o para beneficios de discapacidad, el periodo para hacer la determinación será “congelado” desde la fecha en la que se envió la notificación solicitando la información adicional al que hace el reclamo hasta el día en el que el que hace el reclamo responda. También, si el periodo de tiempo es extendido porque el que hace el reclamo falla en enviar toda la información necesaria para una apelación de una determinación adversa para beneficios diferentes a beneficios de salud, el periodo para hacer la determinación de la apelación será “congelado” desde la fecha en la que se envió la notificación solicitando la información adicional al que hace el reclamo hasta el día en que el que hace el reclamo responda.

Fallo del que Hace el Reclamo para Seguir los Procedimientos

El que hace el reclamo debe seguir los procedimientos de reclamos descritos arriba para tener el derecho de tomar cualquier acción legal con respecto a los beneficios del Plan (a menos que el Plan falle en seguir esos procedimientos).

Fallo del Plan para Seguir los Procedimientos

Si el Plan falla en seguir substancialmente los procedimientos de reclamos descritos arriba, se considerará que usted ha agotado todos los remedios administrativos disponibles bajo el Plan y tendrá el derecho de perseguir cualquier otro derecho disponible bajo ERISA en base a que el Plan ha fallado en proveer un procedimiento de reclamos razonable que llevaría a una decisión en mérito a ese reclamo.

Para cualquier reclamo de beneficios bajo una cobertura que esté sujeta a la Ley de Cuidados de Salud Asegurables se considerará que usted ha agotado los procesos internos de reclamos y apelaciones del Plan, si el Plan falla en adherirse estrictamente a los requisitos aplicables de las regulaciones de los procesos de reclamos del Departamento de Trabajo de EE.UU. (o las regulaciones correspondientes emitidas por el Departamento del Tesoro o el Departamento de Salud y de Servicios Humanos), excepto en ciertas violaciones menores. Para este propósito el fallo del Plan en cumplir con las regulaciones de los procedimientos de reclamos es considerado una violación menor si (i) la violación no causa, y no es probable que cause, perjuicio o daño a usted, (ii) la violación fue por una buena causa o por asuntos que van más allá del control del Plan, (iii) la violación ocurrió como parte de un intercambio de información continuo y de buena fe entre el Plan y usted y (iv) la violación no es parte de un patrón o práctica de violaciones por el Plan. Si un problema se presenta con respecto a si esta excepción de “violaciones menores” aplica, usted puede solicitar una explicación escrita de la violación de parte del Plan y el Plan le proveerá una explicación dentro de 10 días, incluyendo descripciones específicas de sus razones, de haber alguna, para asegurar que la violación no debería causar procesos internos de reclamos y apelaciones del Plan sean considerados como agotados. Si un asesor externo o una corte rechazan su solicitud de una revisión inmediata con base en que el Plan cumple los estándares de excepción de violación menor, usted tendrá permitido reenviar y perseguir la apelación interna del reclamo. En tal caso, con un tiempo razonable después de que el asesor externo o la corte rechacen el

reclamo para una revisión inmediata (que no exceda los 10 días), el Plan le proveerá de una notificación de su oportunidad para reenviar y perseguir la apelación interna del reclamo. Los periodos de tiempo para llenar el reclamo comenzarán cuando reciba la notificación.

En casos en los que se considere que usted ha agotado todos los procedimientos internos de reclamo del Plan, usted tiene el derecho de perseguir cualquier remedio disponible bajo ERISA y, si el reclamo involucra una cobertura que está sujeta a la Ley de Cuidados de Salud Asequibles, usted tiene el derecho de perseguir cualquier remedio bajo cualquiera de los procesos de revisión externos disponibles provistos bajo la ley federal o estatal de acuerdo a la Ley de Cuidados de Salud Asequibles.

Revisión Externa

(a) Procesos de Revisión Externa. Para propósitos de cualquier cobertura que esté sujeta a la Ley de Cuidados de Salud Asequibles, el Plan o la Aseguradora cumplirán con los requisitos aplicables de un proceso de revisión externa que aplique bajo la ley federal o estatal. Para tal cobertura que sea autofinanciada a menos que el Plan sea elegible y elija participar en un proceso diferente de revisión externa que esté disponible bajo la ley federal o estatal y que sea considerado apropiado para los propósitos de la Ley de Cuidados de Salud Asequibles, el Plan cumplirá con los procedimientos provisionales para la revisión federal externa en la Publicación Técnica 2010-01 del Departamento de Trabajo, como es modificada por la Publicación Técnica 2011-02, como es resumido en esta Sección, hasta que esos procedimientos sean reemplazados por otras guías. El Plan comenzará a cumplir con cualquier requisito nuevo para guiar la revisión externa o antes de la fecha en que estos requisitos se vuelvan aplicables para el Plan.

(b) Disponibilidad de la Revisión Externa. La revisión externa no está disponible para todas las determinaciones adversas. Por ejemplo, la revisión externa no está disponible para una determinación adversa en base en la determinación de que el que hace el reclamo no cumple los requisitos de elegibilidad bajo los términos del Plan. La revisión externa sólo está disponible para:

(i) cualquier determinación adversa final (o una determinación adversa inicial interna en un reclamo de cuidados urgentes que califique para una revisión externa expedita descrita abajo) que involucre un juicio médico (incluyendo, pero no limitado a, esos basados en los requisitos del Plan para necesidades médicas, si son apropiados, instalación de los cuidados de salud, nivel de cuidado o efectividad de beneficio cubierto; o que el tratamiento sea experimental o esté en investigación), como es determinado por el asesor externo;

(ii) cualquier determinación adversa final que involucre la revocación de la cobertura; o

(iii) Cualquier otra determinación adversa final que sea elegible para revisión externa de acuerdo a las guías aplicables (como es determinado por el Plan al momento de la solicitud de una revisión externa).

(c) Solicitud para una Revisión Externa. Una solicitud para revisión externa debe ser enviada al Plan a más tardar cuatro meses después de que el que hace el reclamo reciba la notificación de una determinación adversa para la que está disponible la revisión externa.

(d) Revisión Preliminar. Dentro de los cinco días hábiles después de la fecha en la que el Plan reciba la solicitud para una revisión externa, el Plan completará una revisión preliminar de

la solicitud para determinar si:

(i) El que hace el reclamo está o estaba cubierto bajo el Plan al momento de que el objeto o servicio de cuidado de salud fue solicitado o, para un reclamo después del servicio, si estaba cubierto bajo el Plan al momento en el que el objeto o servicio de cuidado de la salud fue provisto;

(ii) La determinación adversa no se relaciona al fallo del que hace el reclamo para cumplir con los requisitos de elegibilidad bajo los términos del Plan;

(iii) El que hace el reclamo ha agotado todos los procesos internos de apelación del Plan (o si el que hace el reclamo no tiene que agotar todos los procesos internos de apelación bajo las regulaciones que apliquen);

(iv) El que hace el reclamo ha dado toda la información y formularios requeridos para procesar una revisión externa.

Después de un día hábil de que el Plan complete la revisión preliminar, el Plan emitirá una notificación por escrito al que hace el reclamo. Si la solicitud está completa pero no es elegible para revisión externa, la notificación describirá las razones por las que la revisión externa no está disponible y, si aplica, incluirá la información de contacto de la Administración de Seguridad de Beneficios de Empleados. Si la solicitud no está completa, la notificación describirá la información o materiales necesarios para que la solicitud esté completa y el Plan le permitirá al que hace el reclamo perfeccionar la solicitud para revisión externa dentro del periodo de cuatro meses para llenar el formulario o, si es más tarde, dentro de las 48 horas después de que el que hace el reclamo reciba la notificación.

(e) Referencia a una Organización Independiente de Revisión. Las revisiones externas son conducidas por organizaciones independientes de revisiones. El Plan asignará cada revisión externa a una Organización Independiente de Revisión (IRO, por sus siglas en inglés) que esté acreditada por URAC o una organización de acreditación similar reconocida a nivel nacional para conducir la revisión externa. El Plan contratará al menos a tres IRO diferentes. El Plan tomará acciones contra la parcialización para asegurar la independencia de cada IRO y rotará las asignaciones de revisiones entre ellas (o el Plan incorporará otros métodos independientes e imparciales para la selección de las IRO, como la selección al azar, y documentará esos métodos). Ninguna IRO será elegible para ningún incentivo financiero de parte del Plan o del Empleador basado en la probabilidad de que la IRO apoye la negativa de los beneficios.

Bajo un contrato entre el Plan y la IRO, la IRO que maneje las revisiones externas y el Plan tienen que cumplir los siguientes requisitos para las revisiones externas:

(i) La IRO consultará con expertos legales cuando sea apropiado hacer determinaciones de la cobertura del Plan.

(ii) La IRO notificará oportunamente al que hace el reclamo por escrito de la elegibilidad y aceptación para una revisión externa. Esta notificación incluirá una declaración de que el que hace el reclamo puede enviar información adicional por escrito a la IRO dentro de los 10 días hábiles después de la fecha en la que el que hace el reclamo reciba la notificación. La IRO debe considerar esa información adicional para conducir la revisión externa si es enviada a tiempo y puede, pero no es necesario que lo haga, aceptar y considerar la información adicional que sea

enviada después de los 10 días hábiles.

(iii) Dentro de los cinco días hábiles después de la fecha que le sea asignada la revisión a la IRO, el Plan le proveerá a la IRO los documentos y cualquier información considerada en hacer la determinación adversa bajo revisión. Si el Plan falla en proveer estos documentos e información a tiempo, la IRO puede terminar la revisión externa y tomar la decisión de revertir la determinación adversa. Dentro de un día hábil después de tomar la decisión, la IRO le debe notificar al que hace el reclamo y al Plan.

(iv) Después de recibir la información enviada por el que hizo el reclamo, la IRO debe dentro de un día hábil enviarle la información al Plan. Al recibir esa información el Plan puede reconsiderar su determinación adversa que está bajo revisión, pero cualquier reconsideración por el Plan no retrasará la revisión externa. La revisión externa puede ser terminada en esos casos solamente si el Plan decide revertir su determinación adversa y proveer la cobertura o el pago. Dentro de un día hábil después de tomar esa decisión, el Plan proveerá una notificación escrita al que hace el reclamo y al IRO. El IRO debe terminar la revisión externa al recibir la notificación del Plan.

(v) La IRO revisará toda la información y documentos recibidos a tiempo. Al tomar una decisión la IRO no estará atada por ninguna decisión o conclusión a la que se hay llegado durante el proceso de reclamos y apelaciones internas del Plan. Adicionalmente a los documentos e información provistos, la IRO, en la extensión en que la información y los documentos están disponibles y la IRO los considere apropiados, considerará los siguientes para tomar una decisión:

- (A) Los registros médicos del que hace el reclamo;
- (B) Las recomendaciones del profesional de la salud que lo trata;
- (C) Reportes de profesionales de la salud apropiados y otros documentos enviados por el Plan, el que hace el reclamo o el proveedor de tratamiento del que hace el reclamo;
- (D) Los términos del Plan, a menos que los términos sean inconsistentes con la ley aplicable;
- (E) Guías apropiadas de práctica, que deben incluir estándares aplicables basados en evidencia y puede incluir cualquier otra guía de práctica desarrollada por el gobierno federal, nacional o sociedades, juntas y asociaciones médicas profesionales;
- (F) Cualquier criterio de revisión clínica aplicable desarrollado y usado por el Plan, a menos que los criterios sean inconsistentes con los términos del Plan o con la ley aplicable; y
- (G) La opción que cualquier asesor clínico por la IRO después de considerar la información o documentos disponibles al asesor clínico que el asesor clínico considere apropiado.

(vi) La IRO debe proveer una notificación escrita de la decisión final de la revisión externa dentro de los 45 días después de que la IRO reciba la solicitud para una revisión externa. La IRO debe entregar la notificación final de la decisión de la revisión externa al que hace el reclamo y al Plan.

(vii) La notificación de la IRO incluirá:

(A) Una descripción general de la razón para la solicitud de la revisión externa, incluyendo información suficiente para identificar el reclamo (incluyendo la fecha o fechas de los servicios, el proveedor de los servicios de salud, el monto del reclamo (si aplica), el código de diagnóstico y su significado correspondiente, el código de tratamiento y su significado correspondiente, y la razón de la negativa previa);

(B) La fecha en la que la IRO recibió la asignación de conducir la revisión externa y la fecha de la decisión de la IRO;

(C) Referencias a la evidencia o documentación, incluyendo las provisiones de cobertura específica y los estándares basados en evidencia, considerados al llegar a su decisión;

(D) Una discusión de la razón o razones principales para su decisión, incluyendo la racionalización para su decisión y cualquier estándar basado en evidencia en que se apoyara para tomar su decisión;

(E) Una declaración de que la determinación es vinculante excepto al punto en que otros remedios puedan estar disponibles bajo la ley estatal o federal para el Plan o el que hace el reclamo;

(F) Una declaración de que una revisión judicial puede estar disponible para el que hace el reclamo; y

(G) La información de contacto actual, incluyendo número de teléfono para cualquier oficina aplicable de asistencia del consumidor de seguros de salud o reguladores establecidos bajo la PPACA

(viii) la IRO debe mantener archivos de todos los reclamos y notificaciones asociadas a procesos de revisión externa por seis años después de la fecha de la decisión final. Una IRO debe tener esos archivos disponibles para su examinación por el que hace el reclamo, el Plan o las agencias de revisiones federales o estatales a su solicitud, excepto en los casos en los que revelar esa información violaría leyes estatales o federales de privacidad.

(e) Efecto de la Decisión de la Revisión. Una decisión de una revisión externa es vinculante para el Plan, así como para el que hace el reclamo, excepto hasta el punto en que otros remedios puedan estar disponibles bajo la ley estatal o federal, y excepto que el requisito para que la decisión sea vinculante no le impida al Plan hacer el pago del reclamo o de cualquier otra forma proveer los servicios en cualquier momento. Al recibir la notificación de la decisión final de la revisión externa revirtiendo una determinación adversa interna, el Plan proveerá cualquier beneficio (incluyendo los pagos de los reclamos) siguiendo la decisión final de revisión externa sin demoras, sin importar si el Plan tiene la intención de buscar una revisión judicial de la decisión de la revisión externa y a menos que o hasta que haya una decisión judicial de cualquier otra forma.

Revisión Externa Expedita

(a) Disponibilidad de una Revisión Externa Expedita. El que hace el reclamo puede solicitar una revisión externa expedita con el Plan en el momento en el que hace el reclamo recibe la determinación adversa que de cualquier otra forma calificaría para una revisión externa (como

es descrito arriba) y eso es:

(i) Una determinación adversa que involucre una condición médica del que hace el reclamo para la cual el marco de tiempo para completar una apelación interna expedita por los procedimientos normales del Plan para reclamos de cuidados urgentes pondría en serio riesgo la vida o la salud del que hace el reclamo o pondrían en peligro la habilidad del que hace el reclamo para recuperar su funcionalidad máxima y el que hace el reclamo ha llenado una solicitud para una apelación interna expedita; o

(ii) Una determinación adversa final, si el que hace el reclamo tiene una condición médica en la cual el marco de tiempo para completar una revisión externa estándar pondrían en serio riesgo la vida o la salud del que hace el reclamo o pondrían en peligro la habilidad del que hace el reclamo para recuperar su funcionalidad máxima o si la determinación adversa interna final concierne la admisión, disponibilidad del cuidado, continuación de la estadía o un objeto o servicio de cuidados de la salud por el que el que hace el reclamo ha recibido servicios de emergencia, pero no ha sido dado de alta de la instalación.

(b) Procedimientos para una Revisión Externa Expedita.

(i) En General. Los procedimientos normales para una revisión externa (como es descrito arriba) aplican para una revisión externa expedita excepto que sea provisto de otra forma en esta sección.

(ii) Revisión Preliminar. Inmediatamente después de recibir la solicitud para una revisión externa expedita, el Plan debe determinar si la solicitud es elegible para una revisión externa estándar. El Plan inmediatamente le enviará al que hace el reclamo una notificación sobre la determinación de su elegibilidad si cumple con los requisitos de la notificación de revisión preliminar descritos arriba.

(iii) Referencia a una IRO. Al determinar que la solicitud es elegible para una revisión externa, el Plan asignará a una IRO. El Plan proveerá o transmitirá todos los documentos e información necesarios considerados al hacer la determinación adversa que está siendo revisada por la IRO electrónicamente, o por teléfono, o facsímil o por cualquier otro método expedito disponible.

(iv) Notificación de la Decisión Final de la Revisión Externa. El contrato del Plan con la IRO requiere que la IRO provea la revisión tan rápido como la condición médica o las circunstancias del que hace el reclamo lo requieran, a más tardar 72 horas después de que la IRO haya recibido la solicitud para la revisión externa expedita. Si la notificación no está por escrito, dentro de las 48 horas después de la fecha en la que se dio la notificación, la IRO tendrá que proveer una confirmación escrita de la decisión al que hace el reclamo y al Plan.

Beneficios de los Asegurados y la Ley Estatal

Para cualquier beneficio de asegurado bajo este Plan, nada en los procedimientos de reclamos del Plan será interpretado para suplantar cualquier provisión de cualquier ley estatal aplicable que regule al seguro, excepto hasta el punto en que la ley prevenga la aplicación de los procedimientos de reclamos del Plan.

Estatutos de Limitaciones para los Reclamos del Plan

Por favor note que ninguna acción legal puede ser comenzada o mantenida para recuperar beneficios del Plan que hayan pasado más de 12 meses después de decisión de su revisión/apelación final por el Administrador del Plan haya sido dada (o se haya considerado que se dio).

Terminación o Enmienda del Plan

El Empleador espera mantener el Plan indefinidamente como un programa de beneficios para empleado. Sin embargo, el Empleador tiene el derecho, en su discreción, de terminar o enmendar cualquier provisión del Plan en cualquier momento. Por lo tanto, ningún participante del Plan (incluyendo futuros jubilados o jubilados que ya se hayan jubilado) tiene el derecho de continuar disfrutando de un beneficio en particular del Plan después de que el Plan haya sido terminado o enmendado afectando esos beneficios.

Ningún Derecho a Continuación Laboral

Ninguna provisión del Plan o de este Resumen deberá ser interpretado como dándole a cualquier empleado cualquier derecho de continuación laboral con el Empleador ni en ninguna forma prohíbe cambios en los términos de empleo de cualquier empleado cubierto por el Plan.

La No Asignación de Beneficios; Pagos a Proveedores

Excepto que sea expresamente provisto en este Resumen o en un Folleto de Beneficios Aplicable, ningún participante o beneficiario puede transferir, asignar o prometer cualquier beneficio del Plan y ningún beneficio del Plan será sujeto en ninguna manera a anticipación, alienación, venta, transferencia, asignación, promesa, gravamen o cargo y cualquier intento de hacerlo será nulo. También ningún beneficio del Plan de ninguna manera tendrá la responsabilidad legal o será sujeto de las deudas, contratos, responsabilidades, compromisos u ofensas de cualquier persona.

El Administrador puede, en su discreción, elegir hacer el pago directo a un proveedor de servicios cuyos beneficios están disponibles bajo un Componente del Plan y ese pago directo al proveedor por el Plan no deberá ser considerado como una asignación alienación de Plan o cualquier Componente del Plan y tampoco la dirección por el participante del Plan, o cualquier dependiente elegible o cubierto para hacer el pago, ni el pago mismo podrá ser interpretado como una asignación de beneficios o como un reconocimiento por el Administrador de la validez de cualquier intento de alienación o asignación de beneficios bajo el Plan ni ese pago le conferirá al pagador algún derecho más allá del de recibir un pago de la cantidad específica de ese pago.

Ninguna Persona Cubierta puede, en ningún momento, mientras está cubierto por el Plan o después de la terminación de la cobertura, asignar sus derechos o demandar para recuperar los beneficios del Plan o ejercer derechos bajo el Plan o cualquier otra causa de acción que puede tener contra el Plan o sus fiduciarios.

El Plan honorará cualquier Orden de Calificación Médica de Manutención Infantil (QMCSO) que provea cobertura del Plan a un Recipiente Alterno, en la manera en la que es descrito en ERISA §609(a) y en los procedimientos de QMCSO del Plan.

Coordinación de Beneficios

La coordinación de las provisiones de beneficios descritas en los Folletos de Beneficios entregados a usted con este Resumen, como son interpretadas por el Administrador del Plan (o aseguradora si aplica) en su discreción, controlar toda la coordinación de situaciones de beneficios que involucre al Plan y a otros pagadores.

Subrogación/Derecho de Reembolso

Como una condición para recibir beneficios médicos, dentales, de visión, de discapacidad o cualquier otro beneficio del Plan, todas las personas cubiertas, incluyendo a los dependientes cubiertos, acuerdan transferir al Plan su derecho de hacer un reclamo, demandar o reparar daños cuando la herida o enfermedad en la que se usan los beneficios ocurrió por el acto u omisión de otra persona. Alternativamente, si la persona cubierta recibe cualquier compensación, ya sea completa o parcial, por sentencia, acuerdo o de cualquier otra forma, de otra persona, organización o entidad de negocios, la persona cubierta accede a reembolsarle al Plan, como su primera prioridad, por cualquier beneficio pagado, ya sea médico, por discapacidad o cualquier otro beneficio (por ejemplo, primero el Plan tiene que ser reembolsado completamente, por cualquiera o todos los beneficios pagados por él, por cualquier dinero recibido con el balance, de haber alguno, retenido por la persona cubierta). La obligación de reembolsar al Plan, completamente, como la primera prioridad, existe sin importar si la sentencia o acuerdo, etc. Asigne la compensación específicamente, o una porción de ella, a gastos médicos, por discapacidad o cualquier otro gasto. También, la obligación de reembolsar al Plan, completamente, como primera prioridad, existe sin importar si la sentencia, el acuerdo u otras compensaciones, junto con todas las compensaciones previas y anticipadas, compensan completamente a la persona cubierta por cualquier daño que podría haber experimentado la persona cubierta. Esta provisión es efectiva sin importar si un acuerdo para estos efectos fue firmado. Los derechos del Plan a una compensación completa, por subrogación o derecho de reembolso, puede ser desde los fondos que la persona cubierta reciba o tenga derecho a recibir de una tercera parte, cualquier responsabilidad o la cobertura de seguros de la tercera parte, el propio seguro para conductores no asegurados o poco asegurados de la persona cubierta, cualquier pago de beneficios médicos, de discapacidad u otros beneficios, cobertura de seguros sin culpa o escolares, u otra cantidad que sea pagada o pagable a la persona cubierta o en su nombre. El Plan puede imponer sus derechos de reembolso o subrogación al pedirle a la persona cubierta que afirme el reclamo a alguna de las coberturas anteriores a la que tiene derecho. El Plan no pagará tarifas de abogados o costos asociados con el reclamo de la persona cubierta sin una autorización escrita y expresa dirigida al Plan. El Plan no será sujeto a la doctrina de “hecho completo”, la doctrina del “fondo común” u otra ley similar de reglas subrogaciones o teorías legales.

También, cada participante y cada persona cubierta, como una condición y consecuencia de recibir beneficios médicos, de discapacidad y otros beneficios bajo el Plan con respecto a cualquier monto que esté sujeto a esta provisión de subrogación, acuerda lo siguiente:

(1) El participante y cada persona cubierta (o sus abogados u otros representantes autorizados) le informarán rápidamente al Plan de cualquier acuerdo y le proveerán de una notificación con una antelación razonable de cualquier plan de reembolso con los fondos del acuerdo del Participante o la persona cubierta (o a cualquier otra persona en nombre de la persona cubierta);

(2) El participante y cada persona cubierta (o sus abogados u otros representantes

autorizados) guardarán los fondos recibidos en el acuerdo respetando el reclamo al que es sujeto por los derechos de subrogaciones del Plan en un fideicomiso a beneficio del Plan hasta que todas las obligaciones al Plan bajo las provisiones de esta subrogación sean satisfechas (o para reembolsar esos fondos al Plan para satisfacer cualquier obligación al Plan bajo las provisiones de esta subrogación);

(3) El participante y cada persona cubierta (o sus abogados u otros representantes autorizados) mantendrán y tratarán cualquier fondo recibido en el acuerdo o en su nombre como bienes del Plan, hasta el punto en que cualquiera de los beneficios sea pagado al Plan con el Participante o la otra persona cubierta siendo un guardián de los bienes del Plan con respeto a esos montos hasta que sean cubiertas las obligaciones de esa persona con la satisfacción de las provisiones de esta subrogación; y

(4) El participante y cada persona cubierta (o sus abogados u otros representantes autorizados) acuerdan que el Plan tienen un gravamen justificable sobre cualquier acuerdo de fondos pagables a o en nombre del Participante a la extensión completa del monto de cualquier beneficio pagado por el Plan hasta que las obligaciones de la persona cubierta bajo las provisiones de esta subrogación sean satisfechas completamente.

Contratos de Seguros

El Empleador puede contratar a una o más compañías de seguros para que los beneficios de asegurados sean provistos por el Plan. El Empleador tiene el derecho de reemplazar cualquier compañía de seguros en cualquier momento por cualquier razón. Cualquier dividendo, ajuste de tasa de retroactivos o reembolsos de cualquier tipo que se pueden convertir en pagables bajo cualquier contrato de seguros usado para proveer los beneficios son propiedad del Empleador, excepto al punto, si lo hubiese, que el Administrador del Plan determine que una porción del monto pagable tiene que ser tratado como un bien del Plan. Cualquier porción de esos pagos que es requerido bajo la ley aplicable para ser tratado como un bien del Plan puede ser usada para proveer o pagar por los beneficios para los empleados elegibles o para pagar gastos razonables del Plan o pueden ser usados o pagados de cualquier manera que sea consistente con la ley aplicable con respecto al uso de los bienes del Plan.

Sus Derechos Bajo ERISA

Como participante del Plan usted tiene derecho a los siguientes derechos y protecciones bajo la Ley de Seguridad de Ingresos del Empleado Retirado de 1974 (ERISA):

- Usted puede examinar, libre de cargos, la oficina del Administrador del Plan y otras ubicaciones, todos los documentos del Plan, incluyendo los contratos de seguros, de haber alguno, acuerdos colectivos de negociación y copias de todos los documentos archivados por el Plan (como los reportes anuales detallados) con el Departamento de Trabajo de EE. UU. y disponibles en el Salón Público de Revelación de la Administración de los Beneficios del Seguro de los Empleados.
- Usted puede obtener copias de todos los documentos del Plan que gobiernen las operaciones del Plan, al solicitarlo por escrito al Administrador del Plan. Puede que tenga que pagar un cargo razonable para cubrir el costo del fotocopiado.
- En algunos casos, la ley requiere que el Administrador del Plan lo provea de un resumen del reporte financiero anual del Plan.

Adicionalmente a crear los derechos para los participantes del Plan, ERISA impone deberes en las personas que operan el Plan, Estas personas son llamadas fiduciarias y tiene el deber de actuar prudentemente y en su interés y de otros participantes y beneficiarios del Plan.

Nadie, incluyendo al Empleador o cualquier otra persona, puede despedirlo o discriminarlo de cualquier forma para prevenir que obtenga los beneficios del Plan o ejercer sus derechos bajo ERISA. Como es descrito arriba, si su reclamo para un beneficio del Plan es rechazado o ignorado, completa o parcialmente, usted debe recibir una explicación escrita de la razón del rechazo, y usted tiene el derecho de obtener copias de los documentos en relación con la decisión, sin cargos y hacer que el Plan revise y reconsidere su reclamo, todo dentro de ciertos horarios.

Bajo ERISA, hay pasos que puede seguir para imponer los derechos precedentes. Por ejemplo, si usted hace una solicitud escrita para materiales al Plan y no los recibe dentro de 30 días, usted puede poner una demanda en la corte federal. En tal caso, la corte puede requerir que el Administrador del Plan le provea los materiales y le pague hasta \$110 al día hasta que reciba los materiales, a menos que los materiales no hayan sido mandados por razones que van más allá del control del Administrador del Plan. Si usted tiene un reclamo por beneficios que fue negado después de revisiones y reconsideraciones por el Plan o fue ignorado, completa o parcialmente, puede poner una demanda en una corte estatal o federal. Adicionalmente, si usted está en desacuerdo con la decisión del Plan o falta de ella considerando el estatus de calificación de una orden médica de manutención infantil, usted puede poner una demanda en una corte federal.

Si pasara que los fiduciarios del Plan les dan un uso inapropiado a los fondos del Plan, de haberlos, o si usted es discriminado por afirmar sus derechos, usted puede buscar asistencia del Departamento de Trabajo de EE. UU., o puede poner una demanda en la corte federal. La corte decidirá quien tiene que pagar los costos de la corte y las tarifas legales. Si usted tiene éxito, la corte puede ordenar que la persona que ha demandado pague esos costos y tarifas. Si usted pierde, la corte puede ordenar que usted pague esos costos y tarifas, por ejemplo, si les parece que el reclamo es frívolo.

Usted puede tener el derecho de continuar su cobertura de salud para usted, su pareja o dependientes si hay una pérdida de cobertura del Plan como resultado de un evento calificador. Usted o sus dependientes podrían tener que pagar por esa cobertura. Usted debería revisar este Resumen de la Descripción del Plan y los documentos que gobiernan el Plan sobre las reglas que gobiernan a la continuación de cobertura COBRA.

Si tiene alguna pregunta sobre el Plan, puede contactar al Administrador del Plan. Si tiene alguna pregunta sobre esta declaración o de sus derechos bajo ERISA, debería contactar a la oficina más cercana de la Administración de los Beneficios de Seguros de los Empleados del Departamento de Trabajo de EE. UU., en listado en su directorio de teléfono o la División Técnica de Asistencia y Preguntas, Administración de los Beneficios de Seguros de los Empleados del Departamento de Trabajo de EE. UU. en 200 Constitution Avenue, N.W., Washington, D.C. 20210. También puede obtener ciertas publicaciones sobre sus derechos y responsabilidades bajo ERISA al llamar a la línea caliente de publicaciones de la Administración de los Beneficios de Seguros de los Empleados.

EXHIBICIÓN: Crédito de Impuestos de Cuidados de Dependientes vs. FSA para Cuidados de Dependientes

Si tiene un dependiente que califique para los gastos de cuidados, puede elegir una de dos formas de reducir sus impuestos. Puede obtener un crédito de impuestos (el cual es una deducción directa del monto de los impuestos que de cualquier otra forma debería) o puede reducir sus ingresos sujetos a impuestos al contribuir a una cuenta de gastos flexibles para los cuidados de dependientes (FSA). Esta hoja de trabajo lo ayudará a decidir cuál es mejor para usted.

CRÉDITO DE IMPUESTOS DE CUIDADOS DE DEPENDIENTES

Si usted califica para el crédito de impuestos, tiene permitido deducir de los impuestos que debe un porcentaje menor a (1) sus gastos en los cuidados de su dependiente calificado o (2) \$3.000 si tiene un dependiente o \$6.000 si tiene dos o más dependientes. El porcentaje está basado en su ingreso neto ajustado del año. La siguiente tabla lo ayudará a determinar su porcentaje.

Si su ingreso neto ajustado es		El porcentaje del costo de los cuidados de su dependiente que puede deducir de sus impuestos es:
desde	hasta	
\$0	\$15.000	35 %
\$15.000	\$17.000	34 %
\$17.000	\$19.000	33 %
\$19.000	\$21.000	32 %
\$21.000	\$23.000	31 %
\$23.000	\$25.000	30 %
\$25.000	\$27.000	29 %
\$27.000	\$29.000	28 %
\$29.000	\$31.000	27 %
\$31.000	\$33.000	26 %
\$33.000	\$35.000	25 %
\$35.000	\$37.000	24 %
\$37.000	\$39.000	23 %
\$39.000	\$41.000	22 %
\$41.000	\$43.000	21 %
\$43.000		20 %

***Ejemplo:** El ingreso neto ajustado de un empleado para el año es de \$34.000 y el empleado gasta \$2.600 cada año en el cuidado diurno de uno de sus dependientes. Cuando compara \$2.600 con los \$3.000 que tiene permitido por un dependiente, la cantidad menor es \$2.600. Para encontrar el porcentaje que tiene permitido el empleado use la tabla de arriba. Como el ingreso neto ajustado del empleado es de \$34.000 el porcentaje del empleado será de 25 %. Por lo tanto, la cantidad que el empleado puede deducir de sus impuestos será $\$2.600 \times 25\%$ o \$650.*

EXCLUSIÓN DE INGRESO (CONTRIBUCIONES AL FSA PARA CUIDADOS DE DEPENDIENTES)

En vez del Crédito de Impuestos de Cuidados de Dependientes, cada año usted puede elegir que un monto designado sea retirado de su pago antes de impuestos y sea puesto en su FSA para Cuidados de Dependientes. Esta cantidad

debe ser usada durante el año para pagar por los gastos de los cuidados de los dependientes calificados. Usted no tendrá que pagar impuestos sobre el monto que ponga en el FSA que será usado para pagar los gastos de cuidados de los dependientes calificados. Si, sin embargo, usted o su pareja tienen un Ingreso Ganado (como es definido por el Plan) menor a \$5.000, su exclusión de ingreso estará limitada a su Ingreso Ganado o el de su pareja, cualquiera que sea menor. Note que la máxima contribución a su FSA de cuidados de dependientes para cualquier año de calendario es de \$5.000 (\$2.500, si está casado para declarar impuestos federales por separado), sin importar el número de dependientes calificados.

Ejemplo: El siguiente es un ejemplo de la comparación del Crédito de Impuestos de Cuidados de Dependientes y el FSA para Cuidados de Dependientes de un empleado. Asuma que el empleado está casado y que el empleado y su pareja esperan tener un ingreso neto ajustado (AGI) de \$70.000 y esperan tener gastos calificados de cuidados de dependientes de \$2.800 en el año por un hijo calificado. Planean declarar impuestos federales juntos. Después de tomar la deducción estándar (\$12.700) y 3 excepciones (\$4.050 x 3), su ingreso para impuestos federales sería \$45.150. Asuma que viven en un estado que usa la misma definición de ingreso para impuestos que la IRS y tiene una tasa de impuestos del 5 % (Note que las tasas de impuestos del estado pueden variar de cero hasta alrededor de 9,0 % y algunos estados pueden usar definiciones diferentes de ingreso para impuestos. Las tasas de impuestos federales y la deducción estándar y los montos de excepción en este ejemplo son para el año fiscal 2017.)

	Usando el Crédito de Impuestos	Usando el FSA
Ingreso para Impuestos federales (sin el FSA para Cuidados de Dependientes)	\$45.150	\$45.150
Reste: La contribución al FSA para Cuidados de Dependientes	(0)	(2.800)
Ingreso para Impuestos Federales	\$45.150	\$42.350
Impuestos		
Federales (10 % de los primeros \$18.650 del ingreso para los impuestos + 15 % de las cantidades desde \$18.650 hasta \$75.900)	\$5.840	\$5.420
Seguro Social y Medicare (7.65 % del AGI (menos las contribuciones al FSA para Cuidados de Dependientes))	5.355	5.141
Estatales (5.0 % del ingreso para impuestos)	2.258	2.118
Total	\$13.453	\$12.679
Reste: el Crédito de Impuestos (20 % de \$2.800)	(560)	(0.00)
Impuestos Totales	\$12.893	\$12.679

En este ejemplo, el empleado pagaría menos en impuestos usando el FSA para Cuidados de Dependientes. Por supuesto, este sólo es un ejemplo. Otros empleados podrían pagar menos impuestos usando el crédito de impuestos, así que usted debería hacer los cálculos usando su propio ingreso estimado, gastos calificados y estatus de declaración.

CALCULE SU CRÉDITO DE IMPUESTOS

Use la siguiente tabla para determinar si debería usar el Crédito de Impuestos de Cuidados de Dependientes o el FSA para Cuidados de Dependientes.

	Usando el Crédito de Impuestos	Usando la Exclusión de Ingresos (FSA)
Ingreso para Impuestos Federales (antes del FSA para Cuidados de Dependientes)	\$ _____	\$ _____
Reste: la contribución al FSA para Cuidados de Dependientes		(\$ _____)
Ingreso para Impuestos	\$ _____	\$ _____
Impuestos		
Federales* (____ %)	\$ _____	\$ _____
Estatales* (____ %)	_____	_____
Seguro Social (generalmente el 7,65 % del sueldo total, pero recuerde restar las contribuciones al FSA para la segunda columna)	_____	_____
Total	\$ _____	\$ _____
Reste: el Crédito de Impuesto (% de la tabla en la página anterior basado en su ingreso neto ajustado X sus gastos calificados esperados para cuidados de dependientes)	(\$ _____)	
Impuestos Totales	\$ _____	\$ _____

*Su tasa de impuestos federales y estatales pueden variar dependiendo de su ingreso para impuestos y estatus de declaración. Estime su responsabilidad de impuestos. También, note que Pennsylvania y Nueva Jersey, a diferencia de los otros estados, no excluyen las contribuciones al FSA para Cuidados de Dependientes de los impuestos estatales.

USO DEL CRÉDITO DE IMPUESTOS DE CUIDADOS DE DEPENDIENTES Y DE LA EXCLUSIÓN DE INGRESOS

Usted puede usar el Crédito de Impuestos de Cuidados de Dependientes y del FSA para Cuidados de Dependientes (pero no para los mismos gastos calificados para cuidados de dependientes.) Sin embargo, cualquier monto que excluya de sus ingresos bajo el FSA para Cuidados de Dependientes reducirá, dólar por dólar, los \$3.000 o \$6.000

del Crédito de Impuestos de Cuidados de Dependientes, cualquiera que aplique.

Ejemplo: El ingreso neto ajustado de un empleado para el año es \$35.000 y el empleado gasta \$2.600 durante el año para el cuidado diurno calificado de un dependiente. El empleado elige colocar \$1.200 en su FSA para Cuidados de Dependientes para pagar una porción de los gastos de cuidado del dependiente. Cuando compara los gastos restantes de cuidados de dependientes del empleado de \$1.400 con \$1.800 (\$3.000 - \$1.200), el monto menor es \$1.400. Dado que el ingreso neto ajustado del empleado es de \$35.000, el porcentaje del empleado de la tabla es 25 %. Por lo tanto, la cantidad que el empleado puede deducir de sus impuestos será $\$1.400 \times 25\%$ o \$350.

SIEMPRE DISCUTA ESTOS ASUNTOS CON SU ASESOR DE IMPUESTOS.

DEFINICIONES

Accidente

Un evento o circunstancia imprevista y no planificada que resulte en una Lesión.

Centro Quirúrgico Ambulatorio

Una clínica u otro establecimiento autorizado y aprobado por Medicare (donde corresponda) para realizar cirugía ambulatoria, diagnóstico y tratamiento de Enfermedades o Lesiones en forma ambulatoria.

Centro de Maternidad

Una instalación independiente especializada para el parto que está autorizada bajo la ley aplicable.

Procesador de Reclamos

La persona o entidad, si corresponde, a quien el Administrador del Plan delega la administración de reclamos, incluida, entre otras, la responsabilidad de:

- recibir y revisar reclamos por beneficios del Plan;
- determinar los montos de los beneficios pagaderos;
- desembolsar los pagos de beneficios;
- revisar reclamos rechazados; y
- procesar apelaciones bajo la ley aplicable como se describe en la Descripción Resumida del Plan

bajo los términos y condiciones de un acuerdo por escrito con el Administrador del Plan.

COBRA

Siglas en inglés de la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria de 1985, según enmendada.

Copago

El monto que la Persona Cubierta debe pagar para el pago de los gastos para los cuales la cobertura está disponible según el Plan, tal como se especifica en el Programa de Beneficios. Un copago se expresa como una cantidad fija en dólares.

Coseguro

El monto que la Persona Cubierta debe pagar para el pago de los gastos para los cuales la cobertura está disponible según el Plan, tal como se especifica en el Programa de Beneficios. El coseguro se expresa como un porcentaje de los cargos cubiertos.

Gastos Cubiertos

El Monto Permitido del Plan para servicios del Medicamento Necesarios del Cuidado de la Salud o suministros provistos bajo el Plan. Los gastos cubiertos se limitan a los gastos reales incurridos por un servicio o suministro de atención médica después de la aplicación de cualquier descuento o ajuste de los proveedores preferidos. Para los gastos incurridos en proveedores fuera de la red, salvo que se estipule expresamente en el Plan, los Gastos cubiertos se determinarán en base a las Tasas de reembolso basadas en referencias, según se detalla en este Programa de beneficios, según lo determinado en la Revisión de Reclamos del Plan y el Programa de Auditoría.

Persona Cubierta

Una persona que ha cumplido los requisitos para convertirse en Participante y los Dependientes elegibles de dicha persona, en cada caso y después de la participación del Plan que ha entrado en vigencia para cada persona. La Persona Cubierta incluye personas que están cubiertas por una disposición de continuación de COBRA.

Deducible

El Deducible es la cantidad que una Persona Cubierta debe pagar a los proveedores de servicios con sus propios fondos antes de que comiencen ciertos beneficios bajo el Plan. Algunos beneficios no requieren Deducible, mientras que otros están sujetos a Deducibles.

Los copagos para pacientes y los pagos de coseguro (es decir, su porcentaje o la parte de los gastos) no se aplican al Deducible.

Dependiente

Ver la sección de Elegibilidad.

Equipo Médico Duradero

Equipo médico (por ejemplo, camas de hospital, sillas de ruedas, etc.) que:

- es prescrito por un Médico con licencia;
- puede resistir el uso repetido;
- se usa principal y habitualmente para fines médicos, como el tratamiento de una enfermedad o lesión, la mejoría de un miembro del cuerpo malformado o la prevención del deterioro de la condición médica del paciente;
- generalmente no es útil para una persona en ausencia de una enfermedad o lesión;
- es apropiado para usar en el hogar; y
- no es principalmente para la conveniencia del paciente.

Se deben cumplir todos los requisitos de la definición antes de que un artículo se pueda considerar Equipo Médico Duradero.

Accidente/Enfermedad de Emergencia

Los servicios y suministros para proveedores y profesionales para el tratamiento de un inicio repentino y grave de una afección médica que se manifiesta por síntomas agudos de suficiente gravedad que la ausencia de atención médica inmediata, como una persona prudente determinaría en circunstancias similares, podría dar como resultado:

1. poner en peligro permanentemente la salud de la Persona Cubierta, causando otras consecuencias médicas graves, o
2. causar un daño grave a las funciones corporales, o
3. causar una disfunción permanente grave de cualquier órgano o parte del cuerpo

Patrocinador del Empleador/Plan

El término "Patrocinador del Plan" se refiere a Miller & Long DC, Inc., que patrocina el Plan. El término "Empleador" se refiere a los otros empleadores participantes del Plan.

Experimental o De Investigación

Un medicamento, dispositivo, tratamiento o procedimiento médico es experimental o de investigación:

1. Si el medicamento o dispositivo no puede comercializarse legalmente sin la aprobación de la Administración de Alimentos y Medicamentos de los EE. UU. Y no se ha otorgado la aprobación para su comercialización en el momento en que se suministra el medicamento o dispositivo; o
2. Si el medicamento, dispositivo, tratamiento o procedimiento médico, o el documento de consentimiento informado del paciente utilizado con el medicamento, dispositivo, tratamiento o procedimiento, fue revisado y aprobado por la Junta de Revisión Institucional de la institución tratante u otro organismo que desempeña una función similar, o si la ley federal requiere tal revisión o aprobación; o
3. Si la Evidencia Confiable muestra que el medicamento, dispositivo, tratamiento médico o procedimiento es sujeto de ensayos clínicos en fase I o fase II en curso, es la rama de investigación, experimental, de estudio o de investigación de ensayos clínicos en fase III en curso, o está bajo estudio para determinar su dosis máxima tolerada, su toxicidad, su seguridad, su eficacia o su eficacia en comparación con un medio estándar de tratamiento o diagnóstico; o
4. Si la evidencia confiable demuestra que la opinión prevaleciente entre los expertos con respecto al medicamento, dispositivo, tratamiento médico o procedimiento es que se necesitan más estudios o ensayos clínicos para determinar su dosis máxima tolerada, su toxicidad, su seguridad, su eficacia o su

eficacia en comparación con un medio estándar de tratamiento o diagnóstico.

La Evidencia Confiable significará solo informes publicados y artículos en la literatura médica y científica autorizada; el protocolo escrito o protocolos utilizados por la instalación de tratamiento o el protocolo(s) de otra instalación que estudie sustancialmente el mismo medicamento, dispositivo, tratamiento médico o procedimiento; o el consentimiento informado por escrito utilizado por la instalación de tratamiento u otra instalación que estudie sustancialmente la misma droga, dispositivo, tratamiento médico o procedimiento.

Base de Datos de FAIR Health

Una base de datos compuesta por datos no identificados de miles de millones de reclamaciones médicas facturadas en privado presentadas por profesionales de la salud a aseguradoras de salud en todo el país. La base de datos incluye más de 18 mil millones de procedimientos facturados, desde 2002 hasta el presente. La base de datos de FAIR Health incluye cargos facturados de todas las áreas geográficas en los Estados Unidos y sus territorios.

Programa de Tarifas

Reembolso determinado y utilizado por la Red para sus Proveedores.

Instalación de Diálisis Independiente

Un Centro de Diálisis Independiente que cuenta con la licencia y la aprobación de Medicare (cuando corresponda) y que se dedica principalmente a brindar tratamiento de diálisis a pacientes que se encuentran afuera o en el hogar.

Cuidado de Salud en el Hogar

Los servicios y suministros provistos en la casa de la Persona Cubierta ordenados por un Médico, en lugar de la hospitalización, y proporcionados por alguien que no sea pariente o que viva en el hogar de la Persona Cubierta. El Procesador de Reclamos determinará caso por caso si los servicios y suministros califican como gastos de atención médica domiciliaria médicamente necesarios calificando como uno de los siguientes:

1. Diabéticos delicados o complicaciones de la diabetes que requieren evaluación profesional.
2. Postoperatorio con suturas, apósitos o tratamientos complejos que requieren una evaluación profesional cada 24 horas.
3. Recibir quimioterapia como alternativa a la hospitalización.
4. Terapia respiratoria, que incluye presión positiva u oxígeno (no autoadministrado) que requiere evaluación profesional.
5. Succión/Postura que requiere evaluación profesional.

6. Recibir líquidos por vía intravenosa o terapia con medicamentos por vía intravenosa como alternativa a la hospitalización.
7. Cuidados con decúbito y otros tratamientos especiales para la piel que requieren una evaluación profesional cada 24 horas.
8. Terapia física/ocupacional intensiva como alternativa a la atención en un Centro de enfermería especializada hasta el momento en que el paciente pueda recibir servicios en un centro para pacientes ambulatorios.
9. Observación especial, monitoreo frecuente y administración de medicamentos que requieren evaluación profesional.
10. Monitoreo de salud especial agudo, por ejemplo, monitoreo uterino.
11. Paciente terminal, comatoso o deshidratado, por ejemplo, Hospicio.
12. Alimentación intravenosa.
13. Cuidado de traqueotomía.
14. Evaluación profesional e instrucciones relacionadas con:
 - Cumplimiento de la medicación.
 - Instrucciones del equipo de casa.
 - Evaluación del entorno del hogar por cuestiones de seguridad.
15. Otras enfermedades no mencionadas anteriormente, pero que requieren enfermería especializada para pacientes confinados a su hogar.

Una visita simple de Atención Médica Domiciliaria no deberá exceder las 4 horas de duración. Consulte la sección Gastos Médicos Cubiertos en el Programa de Beneficios.

Hospicio

Un programa especial de atención para un paciente terminal con diagnóstico de tener seis meses o menos de vida.

Cuidado de Hospicio

Servicios o suministros de atención médica provistos a una Persona Cubierta terminal en el hogar de la Persona Cubierta, un Hospital, una Instalación de Atención de Enfermería Especializada u otra institución autorizada para proporcionar Atención médica domiciliaria, Atención hospitalaria, atención médica, asesoramiento nutricional y alimentos especiales. El Cuidado de Hospicio también incluirá sesiones de asesoramiento de duelo para familiares inmediatos proporcionadas por un proveedor de salud mental con licencia o un consejero pastoral. El pronóstico del médico del paciente para la esperanza de vida debe ser de 6 meses o menos.

Hospital

Cualquier institución para el cuidado de enfermos o lesionados que tenga licencia para operar como tal, y que tenga enfermeras de turno las 24 horas del día, un médico de guardia en todo momento y centros para el diagnóstico de enfermedades y para una cirugía mayor.

El hospital no incluye un hogar para cuidados a largo plazo, convalecientes, de enfermería, de custodia o domiciliarios; y enfermería, orfanato o sanatorio, escuela, hogar para personas necesitadas o ancianas, o institución similar, un centro de salud o centro de tratamiento residencial.

Enfermedad

Un mal o dolencia que incluye todas las afecciones relacionadas y recurrencias. La enfermedad también incluye el embarazo, el aborto espontáneo, el parto y todas las afecciones relacionadas, la desintoxicación química y las afecciones psiquiátricas.

Lesión

Un Accidente al cuerpo por fuerza externa que requiere tratamiento médico o quirúrgico.

Medicamento Necesario (o Necesidad Médica)

Un artículo o servicio Medicamento Necesario es un artículo o servicio que:

1. proporciona para el diagnóstico, prevención o cuidado de una afección médica cubierta; y
2. es apropiado para los síntomas y proporciona el diagnóstico o tratamiento de la condición médica de la Persona Cubierta; y
3. se suministra o se realiza de acuerdo con las normas actuales de la práctica médica dentro de los Estados Unidos de América; y
4. no es principalmente para la conveniencia de la Persona Cubierta o la instalación de la Persona Cubierta o Proveedor Profesional; y
5. es el suministro o nivel de servicio más apropiado que se puede proporcionar con seguridad; y
6. es recomendado o aprobado por el proveedor profesional que lo atiende.

Los artículos o servicios Medicamento Necesarios no incluyen artículos o servicios experimentales/de investigación.

Para que los servicios de diagnóstico se consideren Medicamento Necesarios, los resultados se deben usar para tomar decisiones de tratamiento o para dirigir más trabajos de diagnóstico.

Proveedor de Salud Mental

Un individuo:

1. con licencia o certificado para practicar psiquiatría o psicología clínica; o
2. con un título de maestría en trabajo social que tenga la debida licencia como asistente social clínico; o
3. con licencia o certificado como consejero en adicciones, consejero profesional o especialista en enfermería; o
4. un trabajador social si un médico ha derivado a la persona cubierta para dicho tratamiento; o
5. licenciado en un estado donde él o ella está practicando para realizar consejería individual/grupal.

Tratamiento de Salud Mental

Servicios de salud y suministros provistos por un Proveedor de Salud Mental para tratar una enfermedad o trastorno mental o emocional clínicamente significativo que se identifica en la edición más reciente de la Clasificación Internacional de Enfermedades o en el Manual Estadístico de la Asociación Americana de Psiquiatría.

Obesidad Mórbida

Una afección diagnosticada en la cual el peso corporal de un individuo excede el peso normal en 100 libras o tiene un índice de masa corporal (IMC) de 40 o más (35 con ciertas condiciones comórbidas). El exceso de peso debe causar una condición como trauma físico, pulmonar e insuficiencia circulatoria, diabetes o enfermedad cardíaca.

Red

Un sistema de cuidado compuesto por Proveedores Profesionales e instalaciones que han acordado con el Patrocinador del Plan del Empleador, el Administrador del Plan o el Procesador de Reclamos brindar atención a las personas cubiertas de una manera que busque garantizar la calidad de la atención y su costo-eficacia.

Proveedor de la Red

Un Proveedor Profesional clasificado por el Plan como Proveedor de la Red y que puede incluirse en el Directorio o Anexo más reciente de Proveedores. El Administrador del Plan no es responsable de la decisión de una Persona cubierta de recibir tratamiento, servicios o suministros de un Proveedor de la Red, ni el Administrador del Plan otorga ninguna garantía o representante con respecto a la calidad del tratamiento, servicios o suministros proporcionados por un Proveedor de la red.

Máximo Desembolso Directo ("MDD")

El límite anual de los pagos de bolsillo de una Persona Cubierta por los Gastos Cubiertos en un "Año de beneficios" (es decir, un período de tiempo que determinará el Administrador del Plan) según el Plan Médico, según se especifica en el Programa de Beneficios. Además, cualquier gasto que exceda las tarifas permitidas Usuales y Habituales, los gastos que no son Medicamentos Necesarios y todos los gastos que están excluidos de la cobertura del Plan no se aplicarán al MDD. Al alcanzar este límite de MDD, el Plan pagará el 100 % de todos los demás Gastos Cubiertos incurridos durante el "Año de Beneficios". Consulte "Otra Información Importante sobre la aplicabilidad de ciertas disposiciones del Plan" en esta Descripción Resumida del Plan para obtener detalles sobre cómo se aplica el MDD al Plan específico seleccionado.

Proveedor Fuera de la Red

Un Proveedor Fuera de la Red es un Proveedor Profesional que no es un Proveedor de la Red.

Médico

Una persona con licencia para practicar medicina o realizar cirugía o un profesional autorizado (que incluye una enfermera o un asistente Médico) que brinde servicios o suministros de atención médica si dichos servicios son dirigidos y supervisados por un Médico.

Cantidad Permitida del Plan

La Cantidad de cargos sobre los que se basa el pago del Plan (para los gastos elegibles de otro modo). Al determinar el Monto Permitido para el reembolso bajo el Programa de Beneficios, el Plan considerará el menor de entre: (1) la tarifa usual y habitual, (2) el cargo permitido especificado bajo los términos del plan, (3) la tasa negociada establecida en un acuerdo contractual con un proveedor o red de proveedores, o (4) los cargos reales facturados por los servicios cubiertos. Se considera un monto dentro del Monto Permitido del Plan solo en la medida en que el monto esté dentro de las Tarifas de red de OPP contratados, si corresponde, o si las Tarifas de la Red no son aplicables dentro de la Base de Datos de FAIR Health o Tasas Razonables de Reembolso basadas en Medicare o Basadas en Tarifas de Reembolso de Referencia

Administrador del Plan

El Administrador del Plan es el Empleado.

Pre-Autorización

Una autorización por escrito que indique si un procedimiento / servicio se aprueba o desaprueba para los beneficios según la Necesidad Médica. La Pre-Autorización también puede incluir asignaciones específicas para los servicios y limitaciones contractuales. No cumple con los requisitos de Pre-certificación.

Pre-certificación

Una referencia utilizada para la preadmisión.

Un programa de contención de costos que requiere servicios específicos para ser certificados con anticipación para Necesidad Médica. Esto no debe usarse como una Autorización Previa para Procedimientos Quirúrgicos.

Organización de Proveedores Preferidos (OPP)

Ver las definiciones de Red y Proveedor de la Red.

Medicamentos Recetados significa:

1. leyenda patentada (marca) y medicamentos genéricos; y
2. otros medicamentos controlados por el estado, que, por ley, deben ser recetados por un médico.

Condición Preexistente

Los planes de Miller & Long DC, Inc. no tienen una limitación en una condición preexistente.

Médico de Atención Primaria ("MAP")

Cualquier médico debidamente autorizado que se dedique a la práctica de medicina familiar, medicina general, medicina interna, medicina pediátrica y medicina geriátrica y / o que esté clasificado como médico de Atención Primaria por el Plan.

Proveedor Profesional

Cualquier Hospital, Centro de Enfermería Especializada, individuo, organización o agencia con licencia para proporcionar servicios profesionales dentro del alcance de esa licencia o certificación. El Proveedor Profesional incluye, pero no está limitado a:

1. acupunturista
2. consejeros de adicciones certificados
3. certificado de enfermera registrada
4. quiropráctico
5. laboratorio clínico
6. trabajador social con licencia clínica (ATSC, TSCL, MTS)
7. psicólogo clínico
8. dentista
9. partera
10. enfermera
11. terapeuta ocupacional
12. optometrista u óptico
13. fisioterapeuta
14. Médico
15. podiatra
16. terapeuta respiratorio
17. logopeda

- 18. asistente del Médico
- 19. oftalmólogo

Todos los proveedores anteriores pueden no estar cubiertos por el Plan. Verifique la sección Limitaciones y exclusiones del plan.

Prótesis y Aparatos Ortopédicos

Dispositivos rígidos o semirrígidos para soportar o reemplazar la totalidad o parte de una función u órgano del cuerpo en conexión con una Lesión o Enfermedad.

Directorio de Proveedores

Una lista de Proveedores de Atención Primaria y Proveedores especializados de la red que participan en la Red.

Orden de Manutención Médica Infantil Calificada ("OMMIC")

Una sentencia, decreto u orden (incluida la aprobación de un acuerdo de separación conyugal) emitida por un tribunal de jurisdicción competente o por un proceso administrativo que tenga la fuerza y el efecto de la ley estatal que establece la cobertura médica en virtud del Plan con respecto a un hijo de un Miembro del Equipo y que se realiza de conformidad con una ley estatal de relaciones domésticas.

Razonable y Habitual

Se refiere a Usual y Habitual.

Remisión

Cuando un Médico de Atención Primaria maneja las necesidades de salud de una Persona Cubierta, el MAP puede hacer Remisiones a otros proveedores y especialistas para atención adicional, según sea necesario.

Rehabilitación

La restauración a una condición de salud que no exceda el nivel anterior de función o actividad útil y constructiva de una Persona Cubierta.

Centro de Rehabilitación

Una instalación autorizada para proporcionar servicios integrales de rehabilitación a pacientes que se recuperan de un accidente o una enfermedad, y para la evaluación y el tratamiento de personas con discapacidades físicas con énfasis en educación y capacitación. El programa debe ser coordinado y brindado por o bajo la supervisión de médicos calificados y con experiencia en Rehabilitación.

Segunda opinión Médica/Quirúrgica

Una Opinión Médica proporcionada por un Médico, con la autorización previa de [Plan], para asegurar la idoneidad de un Procedimiento Quirúrgico electivo u otro curso de tratamiento.

Centro de Enfermería Especializada

Una institución que es:

1. acreditado como una instalación de enfermería especializada por la Comisión Conjunta o Acreditación de Organizaciones de Atención Médica;
2. reconocido y elegible para el pago en virtud de Medicare como una instalación de enfermería especializada; y
3. reconocido por el Plan como una instalación de enfermería especializada.

Tratamiento de Abuso de Sustancias

Tratamiento que incluye, entre otros, servicios y suministros de atención médica, servicios de desintoxicación y Rehabilitación provistos por un Proveedor de Salud Mental en un Hospital u otra institución autorizada por la autoridad reguladora pertinente para tratar la adicción al alcohol u otra dependencia química. Consulte la sección de Programa de Beneficios y Limitaciones y Exclusiones del Plan para ver los servicios cubiertos.

Procedimiento Quirúrgico

Servicios proporcionados por Médicos realizados en un hospital, Centro Quirúrgico Ambulatorio o consultorio Médico, que incluyen, entre otros:

1. una operación de corte;
2. tratamiento de una fractura;
3. reducción de una dislocación;
4. un procedimiento endoscópico; y
5. cualquier otro procedimiento considerado cirugía por la Asociación Médica Americana.

Centro de Atención Urgente

Una instalación autorizada para proporcionar servicios médicos para Enfermedades o Lesiones inesperadas que requieren atención médica inmediata pero que no amenazan la vida o las extremidades.

Usual y Habitual

El cargo habitual por servicios o suministros médicos que no sea superior al cargo habitual realizado o aceptado por el proveedor de la atención o el suministro y no exceda el cargo habitual realizado o aceptado por la mayoría de los proveedores de servicios similares en la misma área. El término área, tal como se aplicaría a cualquier servicio, medicamento o suministro en particular, significa un código postal o un área mayor que sea necesaria para obtener una representación representativa del nivel de cargos según lo determinado por el Plan.

El Plan utiliza el Reembolso Basado en la Referencia de Medicare o la Base de Datos de FAIR

Health cuando no hay una tarifa negociada. Si no hay cargos suficientes por un servicio en un área geográfica, el Plan utiliza la metodología de valor relativo estándar para determinar el rango y la asignación habitual y habitual para el cargo presentado.

El Plan no cubrirá ningún gasto que exceda los gastos Usuales y Habituales. Los cargos que excedan los gastos Usuales y Habituales son responsabilidad del miembro, a menos que se indique lo contrario y no se apliquen al Máximo de Gastos de su Bolsillo.

MILLER & LONG DC, INC.
PLAN MÉDICO
PROGRAMA DE BENEFICIOS
Efectivo desde el 1 de enero de 2018

Beneficio Máximo del Plan: no hay un máximo de por vida por individuo cubierto en los beneficios totales del Plan. Sin embargo, se aplican máximos específicos de beneficios como se indica en la siguiente tabla. CIERTOS CARGOS ESTÁN EXCLUIDOS DE LA COBERTURA DEL PLAN COMO SE DESCRIBE MÁS ADELANTE EN ESTE RESUMEN.

TIPO DE GASTO	EN LA RED	FUERA DE LA RED
DEDUCIBLE MÉDICO, POR AÑO CALENDARIO:		
Por individuo	\$500.00	\$800.00
Por familia	\$1,500.00	\$2,400.00
MÁXIMO DE GASTOS DE BOLSILLO, POR AÑO CALENDARIO:		
Individuo	\$2,000.00	\$3,200.00
Familia	\$6,000.00	\$9,600.00
Los pagos deducibles cuentan para el Máximo de Gastos de su Borsillo. No hay una disposición adicional para el deducible o el Máximo de Borsillo. Los importes de bolsillo y deducibles Dentro de la Red y Fuera de la Red se compensan entre sí.		
CARGOS EN INSTALACIONES:		
Hospital para Pacientes Internados (Semiprivado) <i>Si el hospital solo tiene habitaciones privadas, la cantidad permitida para el costo de la habitación es del 90 % del costo más bajo de la habitación privada.</i> Precertificación Requerida	90 % del Monto Permitido del Plan después del deducible.	70 % del Monto Permitido del Plan después del deducible.
Cargos de Sala Infantil	90 % del Monto Permitido del Plan después del deducible.	70 % del Monto Permitido del Plan después del deducible.
Accidente en Sala de Emergencias	80 % del Monto Permitido del Plan después del deducible.	80 % del Monto Permitido del Plan después del deducible.
Enfermedad en Sala de Emergencia	80 % del Monto Permitido del Plan después del deducible.	80 % del Monto Permitido del Plan después del deducible.
Cuidado Urgente	90 % del Monto Permitido del Plan después del deducible.	70 % del Monto Permitido del Plan después del deducible.
Servicios de Telemedicine	100 % del Monto Permitido del Plan a través de Teledoc	No Aplica
Pruebas de Pre-admisión <i>Las pruebas se deben realizar dentro de los 10 días de los</i>	90 % del Monto Permitido del Plan después del deducible.	70 % del Monto Permitido del Plan después del deducible.

TIPO DE GASTO	EN LA RED	FUERA DE LA RED
<i>procedimientos quirúrgicos</i>		
Cirugía Ambulatoria	90 % del Monto Permitido del Plan después del deducible.	70 % del Monto Permitido del Plan después del deducible.
Laboratorio de Rayos X y Laboratorio de Diagnóstico Ambulatorio	90 % del Monto Permitido del Plan después del deducible.	70 % del Monto Permitido del Plan después del deducible.
Centro de Atención Extendida (semiprivado)	90 % del Monto Permitido del Plan después del deducible, máximo 180 días de por vida.	70 % del Monto Permitido del Plan después del deducible, máximo 180 días de por vida.
Cuidado de Hospicio para Pacientes Internados	90 % del Monto Permitido del Plan después del deducible, máximo de por vida 180 días.	70 % del Monto Permitido del Plan después del deducible, máximo de por vida 180 días.
Atención de Hospicio para Pacientes Ambulatorios	90 % del Monto Permitido del Plan después del deducible.	70 % del Monto Permitido del Plan después del deducible.
Consejería de Hospicio	90 % del Monto Permitido del Plan después del deducible.	70 % del Monto Permitido del Plan después del deducible.
Duelo	90 % del Monto Permitido del Plan después del deducible.	70 % del Monto Permitido del Plan después del deducible.
Terapia Ambulatoria • Quimioterapia • Radiación • Física • Lenguaje • Ocupacional • Diálisis Renal	90 % del Monto Permitido del Plan después del deducible.	70 % del Monto Permitido del Plan después del deducible.
CARGOS PROFESIONALES:		
Doctores de Accidentes en Sala de Emergencia	80 % del Monto Permitido del Plan después del deducible.	80 % del Monto Permitido del Plan después del deducible.
Doctores de Enfermedades en Sala de Emergencia	80 % del Monto Permitido del Plan después del deducible.	80 % del Monto Permitido del Plan después del deducible.
Segunda Opinión Quirúrgica	90 % del Monto Permitido del Plan después del deducible.	70 % del Monto Permitido del Plan después del deducible.
Cirugía para Pacientes Internados	90 % del Monto Permitido del Plan después del deducible.	70 % del Monto Permitido del Plan después del deducible.
Cirugía Ambulatoria	90 % del Monto Permitido del Plan después del deducible.	70 % del Monto Permitido del Plan después del deducible.

TIPO DE GASTO	EN LA RED	FUERA DE LA RED
Cirujano Asistente para Pacientes Internados	90 % del Monto Permitido del Plan después del deducible.	70 % del Monto Permitido del Plan después del deducible.
Cirujano Asistente Ambulatorio	90 % del Monto Permitido del Plan después del deducible.	70 % del Monto Permitido del Plan después del deducible.
Visitas de Médicos a Pacientes Internados en Hospital	90 % del Monto Permitido del Plan después del deducible.	70 % del Monto Permitido del Plan después del deducible.
Consultas Hospitalarias de Médicos para Pacientes Internados	90 % del Monto Permitido del Plan después del deducible.	70 % del Monto Permitido del Plan después del deducible.
Terapia Ambulatoria • Quimioterapia • Radiación • Física • Lenguaje • Ocupacional • Diálisis Renal	90 % del Monto Permitido del Plan después del deducible.	70 % del Monto Permitido del Plan después del deducible.
Anestesia para Pacientes Internados	90 % del Monto Permitido del Plan después del deducible.	70 % del Monto Permitido del Plan después del deducible.
Anestesia para Pacientes Ambulatorios	90 % del Monto Permitido del Plan después del deducible.	70 % del Monto Permitido del Plan después del deducible.
Visitas al Consultorio del Médico	90 % del Monto Permitido del Plan después del deducible.	70 % del Monto Permitido del Plan después del deducible.
Inyecciones	90 % del Monto Permitido del Plan después del deducible.	70 % del Monto Permitido del Plan después del deducible.
Quiropráctico	90 % del Monto Permitido del Plan después del deducible, un máximo de 30 visitas por año calendario por enfermedad.	70 % del Monto Permitido del Plan después del deducible, un máximo de 30 visitas por año calendario por enfermedad.
Podiatra	90 % del Monto Permitido del Plan después del deducible.	70 % del Monto Permitido del Plan después del deducible.
Servicios Preventivos de Bienestar para Adultos • Examinación • Rayos X y Laboratorio • Inmunizaciones	100 % del Monto Permitido del Plan.	100 % del Monto Permitido del Plan.
Examen Ginecológico de Rutina	100 % del Monto Permitido del Plan.	100 % del Monto Permitido del Plan.
Norplant	100 % del Monto Permitido	100 % del Monto Permitido

TIPO DE GASTO	EN LA RED	FUERA DE LA RED
	del Plan.	del Plan.
Mamograma de Detección Una mamografía inicial para mujeres de 35 a 39 años. Anual para mujeres mayores de 40 años	100 % del Monto Permitido del Plan.	100 % del Monto Permitido del Plan.
Frotis de Papanicolaou de Rutina	100 % del Monto Permitido del Plan.	100 % del Monto Permitido del Plan.
Servicios Preventivos para Mujeres: • Cuidado preventivo de mujeres sanas para obtener servicios preventivos recomendados • Prueba del Virus del Papiloma Humano (HPV) • Asesoramiento para infecciones de transmisión sexual (ITS) • Asesoramiento y detección del virus de inmunodeficiencia humana (VIH) • Anticoncepción: métodos anticonceptivos aprobados por la FDA, procedimientos de esterilización, educación y asesoramiento • • Visitas al consultorio prenatal (no facturadas con servicios de entrega) • • Apoyo y asesoramiento sobre la lactancia, acceso a los equipos • Detección y asesoramiento para la violencia interpersonal y doméstica	100 % del Monto Permitido del Plan.	100 % del Monto Permitido del Plan.
Servicios Preventivos de Bienestar Infantil • Examinación • Rayos X y Laboratorio • Inmunización	100 % del Monto Permitido del Plan.	100 % del Monto Permitido del Plan.
Rayos X, Radiografía de Diagnóstico para Pacientes Ambulatorios o Laboratorio	90 % del Monto Permitido del Plan después del deducible.	70 % del Monto Permitido del Plan después del deducible.
Componente Profesional • Rayos X para Pacientes Internados o Interpretación de Laboratorio	90 % del Monto Permitido del Plan después del deducible.	70 % del Monto Permitido del Plan después del deducible.

TIPO DE GASTO	EN LA RED	FUERA DE LA RED
Rayos X para Pacientes Ambulatorios o Interpretación de Laboratorio		
Interpretación de Rayos X o Laboratorio Cirugía Ambulatoria	90 % del Monto Permitido del Plan después del deducible.	70 % del Monto Permitido del Plan después del deducible.
OTROS CARGOS DE INSTALACIONES Y/O PROFESIONALES:		
Infusión en el hogar	90 % del Monto Permitido del Plan después del deducible.	70 % del Monto Permitido del Plan después del deducible.
In Vitro	Los mismos beneficios que para otras condiciones.	Los mismos beneficios que para otras condiciones.
Inseminación artificial	Los mismos beneficios que para otras condiciones.	Los mismos beneficios que para otras condiciones.
Cuidado de Salud en el Hogar	90 % del Monto Permitido del Plan después del deducible, un máximo de 100 visitas por año calendario.	70 % del Monto Permitido del Plan después del deducible, un máximo de 100 visitas por año calendario.
Trasplante de Órganos	La cobertura de trasplantes de órganos se brinda bajo una póliza totalmente asegurada emitida por Optum/United Healthcare. Para obtener información sobre la cobertura de trasplantes de órganos, consulte el folleto de beneficios por separado sobre esa cobertura. La cobertura conforme a la política de Optum para servicios relacionados con trasplantes comienza el día antes del trasplante y continúa hasta el día 365 después del trasplante. Los servicios relacionados con trasplantes recibidos antes o después del período de beneficios Optum están cubiertos por los mismos beneficios que otras afecciones médicas. Los procedimientos experimentales no están	La cobertura de trasplantes de órganos se brinda bajo una póliza totalmente asegurada emitida por Optum/United Healthcare. Para obtener información sobre la cobertura de trasplantes de órganos, consulte el folleto de beneficios por separado sobre esa cobertura. La cobertura conforme a la política de Optum para servicios relacionados con trasplantes comienza el día antes del trasplante y continúa hasta el día 365 después del trasplante. Los servicios relacionados con trasplantes recibidos antes o después del período de beneficios Optum están cubiertos por los mismos beneficios que otras afecciones médicas. Los procedimientos experimentales no están

TIPO DE GASTO	EN LA RED	FUERA DE LA RED
	cubiertos.	cubiertos.
Equipo Médico Duradero / Dispositivos Protésicos	90 % del Monto Permitido del Plan después del deducible.	70 % del Monto Permitido del Plan después del deducible.
Servicio Privado de Enfermería	90 % del Monto Permitido del Plan después del deducible.	70 % del Monto Permitido del Plan después del deducible.
Dispositivos Médicos Desechables	90 % del Monto Permitido del Plan después del deducible.	70 % del Monto Permitido del Plan después del deducible.
Instalaciones/ Cargos Profesionales por TAT	Cubierto por los mismos beneficios que otras afecciones médicas.	Cubierto por los mismos beneficios que otras afecciones médicas.
Aparato TAT	Cubierto por los mismos beneficios que otras afecciones médicas.	Cubierto por los mismos beneficios que otras afecciones médicas.
Servicio de Ambulancia	80 % del Monto Permitido del Plan después del deducible.	70 % del Monto Permitido del Plan después del deducible.
Acupuntura	90 % del Monto Permitido del Plan después del deducible.	70 % del Monto Permitido del Plan después del deducible.
BENEFICIOS MENTALES Y NERVIOSOS:		
Hospital para Pacientes Internados (Semiprivado) <i>Si el hospital solo tiene habitaciones privadas, la cantidad permitida para el costo de la habitación es del 90 % del costo más bajo de la habitación privada. Precertificación Requerida</i>	90 % del Monto Permitido del Plan después del deducible.	70 % del Monto Permitido del Plan después del deducible.
Visitas Hospitalarias por parte de Médicos	90 % del Monto Permitido del Plan después del deducible.	70 % del Monto Permitido del Plan después del deducible.
Terapia Ambulatoria	90 % del Monto Permitido del Plan después del	70 % del Monto Permitido del Plan después del

TIPO DE GASTO	EN LA RED	FUERA DE LA RED
	deducible.	deducible.
Pruebas Psicológicas	90 % del Monto Permitido del Plan después del deducible.	70 % del Monto Permitido del Plan después del deducible.
Hospitalización Parcial Psiquiátrica	90 % del Monto Permitido del Plan después del deducible.	70 % del Monto Permitido del Plan después del deducible.
ABUSO DE SUSTANCIAS (DROGAS Y ALCOHOL): No hay beneficios disponibles		
Desintoxicación	Sin beneficios disponibles.	Sin beneficios disponibles.
Desintoxicación - Visitas de pacientes hospitalizados	Sin beneficios disponibles.	Sin beneficios disponibles.
Rehabilitación Residencial (Semiprivado)	Sin beneficios disponibles.	Sin beneficios disponibles.
Instalaciones de Cuidado Intermedio	Sin beneficios disponibles.	Sin beneficios disponibles.
Terapia Ambulatoria	Sin beneficios disponibles.	Sin beneficios disponibles.
Abuso de Sustancias Hospitalización Parcial	Sin beneficios disponibles.	Sin beneficios disponibles.

TENGA EN CUENTA QUE ESTE CRONOGRAMA ES SIMPLEMENTE UN RESUMEN DE ALGUNAS CARACTERÍSTICAS DE ESTE PLAN. TAMBIÉN, TENGA EN CUENTA QUE EL PLAN NUNCA HACE REEMBOLSO CON RESPECTO A NINGÚN SERVICIO QUE NO ES MEDICAMENTE NECESARIO, SEGÚN DETERMINE EL ADMINISTRADOR DEL PLAN. ADEMÁS, EL PLAN NUNCA EFECTUARÁ EL REEMBOLSO CON RESPECTO A LOS COSTOS DEL SERVICIO QUE NO SON EL IMPORTE PERMITIDO DEL PLAN, SEGÚN LO DETERMINE EL ADMINISTRADOR DEL PLAN. CIERTOS CARGOS ESTÁN EXCLUIDOS DE LA COBERTURA DEL PLAN COMO SE DESCRIBE MÁS ADELANTE EN ESTE RESUMEN.

PLAN MÉDICO

La cobertura del Plan Médico es una parte valiosa de su programa de beneficios porque es importante mantener una buena salud general. El plan ayuda a pagar los costos médicamente necesarios de servicios médicos elegibles, suministros y tratamiento de una enfermedad o lesión.

Los reembolsos elegibles de la red y fuera de la red se basan en el cronograma de tarifas de la red aplicable o el Monto Permitido del Plan. Los beneficios del plan se basan en si usa proveedores de la red o fuera de la red.

El mayor nivel de beneficios se aplicará cuando seleccione un proveedor de la Red. Los proveedores de la red acordaron aceptar pagos directos del Plan por servicios médicos cubiertos. Los proveedores envían los reclamos directamente al Plan para que los reemplace en su nombre, por lo que su papeleo es mínimo. El nivel más bajo de beneficios se aplicará cuando seleccione un proveedor Fuera de la Red.

Para aprovechar los beneficios de la roja, asegúrese de presentar su tarjeta de membresía del plan que cada vez que necesite servicios de atención médica de un proveedor de la red.

Si necesita ayuda para encontrar un proveedor de la red en su área, puede obtener el nombre de uno iniciando sesión en www.myCigna.com. Si desea beneficios de la red, es muy importante que verifique con el proveedor que selecciona que están participando en la red antes de recibir el tratamiento.

Para obtener más información sobre los proveedores participantes en Cigna PPO, comuníquese con Miller & Long al 301-951-8690.

En la mayoría de los casos, es su elección si utiliza un proveedor dentro de la red o fuera de la red para un servicio en particular, dependiendo de su preferencia. Si elige utilizar un proveedor fuera de la red, es posible que deba pagarle a su proveedor en su totalidad, y luego se le reembolsa directamente en función del Monto Permitido del Plan por los servicios prestados.

Si no hay un proveedor de la red disponible dentro de 50 millas de la casa del paciente, los cargos se considerarán dentro de la red, sujeto a la cantidad permitida del plan si el procesador de reclamos lo aprueba. Además, si la atención se presta en un centro dentro de la red, los cargos realizados por un proveedor fuera de la red (es decir, médicos de sala de emergencias, anesthesiólogo, radiólogos, patólogos y médicos consultores) se considerarán dentro de la red, sujeto al Monto Permitido del Plan. Si lo trasladan en ambulancia a un centro que no pertenece a la red, el centro y los proveedores fuera de la red que lo trataron recibirán el pago como si estuvieran dentro de la red sujeto al Monto Permitido del Plan. Los servicios de ambulancia de emergencia se pagan como si estuvieran dentro de la red sujetos al Monto Permitido del Plan.

Proveedores Fuera de la Red

Como se indicó anteriormente, si usa proveedores fuera de la red, generalmente pagará más (a veces, mucho más) del costo de su atención médica. Por lo tanto, debe considerar cuidadosamente esa posibilidad cuando considere utilizar un proveedor fuera de la red. Las siguientes reglas se aplican a los pagos a proveedores fuera de la red.

Cualquier cargo facturado por un proveedor fuera de la red por cualquier servicio cubierto que exceda el reembolso razonable basado en Medicare o el reembolso basado en la referencia o los programas de FAIR Health son responsabilidad del Participante. Usted es responsable del exceso a menos que el proveedor acepte la asignación de beneficios como una consideración completa por los servicios prestados.

Dado que los Proveedores de la Red han acordado aceptar una tarifa de descuento negociada como pago total por sus servicios, los Participantes no son responsables de ningún monto facturado que exceda la tarifa descontada. A los efectos de los beneficios pagaderos bajo este Plan, cualquier Proveedor que no sea parte de la Red del Plan se considera un "Proveedor Fuera de la Red".

Los pagos del plan por servicios prestados por Proveedores Fuera de la Red se limitarán de la siguiente manera:

- Servicios para Pacientes Hospitalizados: no más que el reembolso razonable basado en Medicare o el reembolso basado en referencia o los precios de la base de datos de FAIR Health (ver Definiciones) pagados en el porcentaje de servicios del proveedor fuera de la red para todas las Emergencias No Médicas.
- Todos los demás servicios del proveedor que no pertenecen a la Red: no más que el Reembolso Razonable Basado en Medicare o la tasa de Reembolso Basada en Referencia o los precios de la Base de Datos de FAIR Health pagados en el Porcentaje Pagadero por servicios del Proveedor Fuera de la Red para todas las Emergencias no Médicas.

Los montos cobrados por Proveedores Fuera de la Red que excedan el Reembolso Razonable Basado en Medicare o la Tasa de Reembolso Basada en Referencia o los precios de la Base de Datos de FAIR Health, no son parte del Monto Permitido del Plan y el Plan no los pagará. Usted puede ser responsable de esos montos excesivos.

Reembolso Razonable Basado en Medicare o Tasas de Reembolso Basadas en Referencias

- Si usa Proveedores Fuera de la Red, los gastos médicos cubiertos están sujetos a ciertos límites según el Plan y usted es responsable de pagar cualquier cargo que supere este límite. El beneficio máximo pagadero se basa en el Monto Permitido del Plan, que el Plan determina como el cargo predominante por un servicio o suministro cubierto. La determinación del cargo vigente se basa en:
 - la complejidad o severidad del tratamiento;
 - el nivel de habilidad y experiencia involucrado;
 - las tarifas generalmente cargadas por los proveedores;
 - las tarifas generalmente aceptadas por los proveedores;
 - los datos de servicios de atención de salud estadísticamente creíbles que se actualizan anualmente;
 - el costo promedio para brindar atención a proveedores comparables y servicios similares;
 - las tarifas prevalecientes del proveedor ajustadas al área geográfica en la que se prestaron los servicios; y
 - otros factores que determinan el valor del servicio.
- Los reclamos enviados para el pago deben cumplir con los estándares de facturación

establecidos por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid para el procesamiento de reclamos de Medicare. Los reclamos presentados en nombre de los miembros del Plan que buscaron atención Fuera de la Red de Proveedores del Plan estarán sujetas a un Reembolso Razonable Basado en Medicare. El Plan pagará según el cronograma de honorarios permitido por Medicare (por región geográfica), tarifas publicadas y disponibles públicamente y lista de costos y comparaciones, todos los recursos enumerados, tasa o cualquier combinación de dichos recursos que resulte en la determinación del gasto razonable según el Plan, dentro del rango de lo que se acepta como un pago justo.

- Los gastos médicos elegibles son la Tasa Negociada, las Tasas de Reembolso Razonables Basadas en Medicare o los Reembolsos Basados en Referencia o la Base de Datos FAIR Health cuando no hay Tasa Negociada por cargos incurridos por una Persona Cubierta elegible, sujeto a las Definiciones, Exclusiones Generales y todas las demás provisiones del plan. Con respecto a cualquier servicio cubierto por el Plan para el cual Medicare no ha establecido un cargo permitido, el pago del Plan puede determinarse a discreción del Administrador del Plan, utilizando datos normativos como, sin limitarse a:
 - la tarifa que el proveedor cobra más frecuentemente a la mayoría de sus pacientes por el servicio o suministro;
 - un porcentaje de los cargos facturados por el servicio o suministro;
 - montos que el proveedor acuerda aceptar como pago completo a través de un acuerdo de la Red o mediante negociación directa;
 - el Precio Promedio al Por Mayor (PPM) o el precio minorista del fabricante; y
 - el rango prevaleciente de tarifas cargadas en la misma área por los proveedores de una capacitación y experiencia similar para el mismo servicio o suministro, o sustancialmente similar.
- Las tarifas de Medicare se determinan a partir de la información proporcionada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid ("CSM") y publicadas en el Directorio de Hospitales Americanos en el Informe de costos de Medicare, el Sistema de Pago Prospectivo para Pacientes Ambulatorios (SPPPA) para servicios en áreas geográficas. Para los Centros de Cirugía Ambulatoria, las Tarifas de Medicare se basan en la cantidad permitida de Medicare para los servicios en la región geográfica, y para los servicios no especificados, deben calcularse según los recursos estándar de la industria, que incluyen, entre otros, los Costos de los CSM , Tarifas permitidas de Medicare (por región geográfica), tarifas publicadas y disponibles públicamente y lista de costos y comparaciones, todos los recursos enumerados en las categorías anteriores, o cualquier combinación de dichos recursos que resulte en la determinación de gastos razonables según el Plan, más una mayor porcentaje establecido debido al compromiso comercial y el acuerdo al que un proveedor está dispuesto a estar vinculado contractualmente.
- El Administrador del Plan se reserva el derecho, a su exclusivo criterio, de determinar cualquier Tarifa Basada en Referencia para ciertas condiciones, servicios y suministros utilizando la documentación estándar de la industria, aplicada uniformemente y sin discriminación a cualquier Persona Cubierta.

Deducible del Plan Médico

El Deducible es un monto específico en dólares que debe pagarse por los gastos elegibles cada año calendario, antes de que el Plan brinde beneficios. Bajo el Plan, los gastos para ciertos

servicios médicos cubiertos según se describen en el Programa de Beneficios se aplican al Deducible. Los servicios de medicamentos recetados no se aplican al deducible. Los deducibles Dentro de la Red y Fuera de la Red se compensarán entre sí.

Deducible por Individuo - El deducible anual de cada Participante se muestra en el Programa de beneficios aplicable. Este deducible debe cumplirse una vez por año calendario y se aplica a los Servicios cubiertos indicados en el Programa de beneficios.

Deducible por Familia - Bajo la cobertura familiar, cuando los montos deducibles acumulados por los miembros de una familia alcanzan el total que se muestra en el Programa de beneficios aplicable durante un año calendario, no se aplicarán deducibles adicionales a ningún miembro de la familia por el resto de ese año calendario. No se requerirá que ningún miembro individual de la familia satisfaga más del deducible individual máximo.

Límite de Gastos de su Bolsillo - El límite de desembolso es la cantidad que usted es responsable de pagar por un servicio cubierto. Esto incluye el deducible, los copagos aplicables (sin incluir los copagos recetados) y el coseguro. Los servicios y cargos no cubiertos que excedan el Monto permitido del Plan no se aplican al Límite de gastos de su bolsillo. Los límites de gastos de bolsillo Dentro de la Red y Fuera de la red se compensarán entre sí.

Límite de Gastos de Bolsillo de Cobertura Individual – El Límite de bolsillo de cobertura individual incluye el deducible médico, los copagos aplicables y el coseguro. Después de que un Participante con Cobertura Individual cumple con el monto que figura en el Programa de Beneficios, pagará el 100 % del Monto Permitido del Plan por todos los gastos elegibles por el resto del Año calendario, excepto como se indicó anteriormente y en el Programa de Beneficios.

Límite de Gastos de Bolsillo de Cobertura Familiar - El Límite de desembolso familiar incluye el deducible médico, los copagos aplicables y los gastos de coseguro incurridos por tres o más miembros de la familia. Después de que los gastos totales de bolsillo de la familia alcancen el monto máximo que se muestra en el Programa de beneficios, pagará el 100 % del Monto permitido del plan por todos los gastos elegibles para todos los miembros de la familia por el resto de ese año calendario, excepto lo indicado arriba y en el Programa de beneficios. No se requerirá que ningún miembro individual de la familia satisfaga más que el máximo de desembolso individual.

Otra Información Importante

Copago: el monto en dólares (que se muestra en el Programa de beneficios) se requiere que un participante pague por un servicio cubierto. Un copago se expresa como un monto fijo en dólares.

Beneficios Máximos: los máximos específicos de los beneficios se aplican según lo indicado en el Programa de Beneficios y se compensan con los servicios Dentro de la Red y Fuera de la Red.

No hay deducible transferible ni característica de desembolso.

PROGRAMA DE GESTIÓN DE CUIDADOS Y ASISTENCIA

Una de las características del Plan es un Programa de Asistencia y Gestión de Cuidados proporcionado por enfermeras de Inetico. Este programa puede ayudar a las Personas Cubiertas que participan en el programa a obtener más información sobre cómo usar sus beneficios de atención médica y tomar decisiones informadas sobre su tratamiento médico.

El Plan lo alienta a usted y a sus Dependientes a buscar los mejores y más apropiados servicios de atención médica. Debido a que la mayoría de nosotros no estamos familiarizados con el entorno de atención médica, es posible que no nos sintamos lo suficientemente cómodos para tomar una decisión informada sobre nuestro tratamiento médico, o saber cómo organizar un plan de tratamiento prescrito, o saber qué tipo de preguntas hacer. El Programa de Asistencia y Gestión de Cuidados actúa como un recurso del paciente para ayudar a responder sus preguntas y ayudarlo a lo largo de lo que a veces se denomina "laberinto de atención médica".

Empieza a involucrarse con el programa si:

- es admitido en el Hospital;
- queda embarazada;
- toma conciencia de que se puede necesitar un órgano o trasplante;
- necesita servicios específicos como se identifican a continuación; o
- necesita servicios de administración de casos si se le diagnostica una enfermedad o condición grave; o
- es diagnosticado o en riesgo de desarrollar ciertas condiciones médicas crónicas.

Gestión de Casos

A través del programa de gestión de casos, usted recibe los servicios de atención médica apropiados para afecciones médicas graves o catastróficas. El Administrador del Plan puede hacer arreglos para la revisión y / o administración de casos de un profesional que esté calificado para realizar dichos servicios. El Administrador del Plan tiene el derecho de alterar o renunciar a las disposiciones normales del Plan cuando sea razonable esperar un resultado costo-efectivo sin sacrificar la calidad de la atención del paciente. El programa de administración de casos puede proporcionar beneficios o cuidados alternativos que de otro modo no estarían disponibles de manera rutinaria a través del Plan en circunstancias especiales.

Si bien muchos diagnósticos pueden requerir atención especial, el Plan puede usar el manejo de casos para condiciones tales como, pero no limitadas a:

- Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA);
- quemaduras;
- cáncer;
- coma;
- hemofilia;
- confinamiento hospitalario que se espera que exceda los 14 días;
- esclerosis múltiple/esclerosis lateral amiotrófica (enfermedad de Lou Gehrig);
- nacimiento neonatal;
- trasplante de órgano;
- enfermedad debilitante neurológica progresiva;

- ciertas condiciones psiquiátricas;
- condiciones cuadripléjicas/parapléjicas;
- diálisis renal;
- carrera; y
- múltiples traumas de un accidente vehicular.

Los beneficios provistos bajo el programa están sujetos a todas las demás disposiciones del Plan. Los tratamientos alternativos se determinarán según los méritos de cada caso individual y no se considerarán como un precedente o una responsabilidad futura con respecto a cualquier participante. La administración de casos estará involucrada para servicios dentro y fuera de la red que cumplan con los criterios establecidos.

Además de la Gestión de Casos proporcionada a través de este Plan, hay servicios adicionales disponibles para servicios de referencia de administración médica catastrófica. Los siguientes servicios están disponibles para ayudar a los empleados con condiciones y/o procedimientos médicos catastróficos. Estos servicios se brindan sin costo para los empleados y sus dependientes que son elegibles y actualmente tienen beneficios médicos bajo el plan de salud grupal. Los siguientes servicios están disponibles:

Cuidado Administrado – Pre-certificación

PRE-CERTIFICACIÓN/REVISIÓN CONTINUA. Una Persona Cubierta debe llamar al menos 72 horas antes de una admisión planificada al hospital o dentro de las 48 horas de una admisión de emergencia. La pre-autorización se debe obtener llamando al (877) 608-2200.

Servicios de Manejo de Condiciones y Enfermedades

Si se le ha diagnosticado o está en riesgo de desarrollar ciertas afecciones médicas crónicas, puede ser elegible para participar en un programa de control de enfermedades sin costo alguno para usted. Esto significa que recibirá información educativa gratuita a través del correo electrónico, e incluso puede ser llamado por una enfermera registrada que sea especialista en su afección médica específica. Esta enfermera será un recurso para asesorarlo y ayudarlo a manejar su condición.

Estos programas ofrecen:

- materiales educativos enviados a su hogar que brindan orientación sobre cómo manejar su condición médica crónica específica. Esto puede incluir información sobre síntomas, señales de advertencia, técnicas de autocontrol, exámenes y medicamentos recomendados;
- acceso a recursos educativos y de autogestión en un sitio web para consumidores;
- una oportunidad para que la enfermera de manejo de enfermedades trabaje con su médico para garantizar que esté recibiendo la atención adecuada; y
- acceso gratuito y apoyo personalizado de una enfermera registrada que se especializa en su condición. Ejemplos de temas de soporte incluyen:
 - educación sobre la enfermedad y condición específica,
 - gestión y cumplimiento de medicamentos,
 - refuerzo de los objetivos del programa de modificación del comportamiento en línea,
 - preparación y soporte para próximas visitas al médico,

- revisión de servicios psicosociales y recursos de la comunidad,
- estado del cuidador y seguridad en el hogar,
- uso de farmacias de pedidos por correo y proveedores de la red

La participación es completamente voluntaria y sin costo adicional. Si cree que puede ser elegible para participar o si desea obtener información adicional sobre el programa, comuníquese con Inetico llamando al (877) 608-2200.

GASTOS MÉDICOS CUBIERTOS

El nivel de beneficios médicos del plan depende del tipo de gasto. Consulte la sección Programa de beneficios para obtener detalles sobre los niveles de beneficios específicos. Los gastos específicos no descritos en el Programa de beneficios no están cubiertos por el Plan.

Los beneficios del plan también pueden estar sujetos a las limitaciones y exclusiones incluidas en este Resumen.

A. Hospital para Pacientes Internados

Los gastos hospitalarios para pacientes internados (incluida la rehabilitación para pacientes hospitalizados) son elegibles para la cobertura de Hospitalización bajo el Plan, según se especifica en el Programa de beneficios.

A partir del 1 de noviembre de 1998, la ley federal prohíbe que el Plan limite las estadías en el hospital durante el parto a menos de 48 horas para partos normales y 96 horas para las cesáreas. Además, en dicha fecha, la ley federal prohíbe que el Plan exija que cualquier proveedor obtenga autorización del Plan para prescribir un período de estadía que no supere los períodos anteriores.

B. Hospital para Pacientes Ambulatorios

Los gastos hospitalarios para pacientes ambulatorios son elegibles para la cobertura de Hospital para pacientes ambulatorios bajo el Plan, según se especifica en el Programa de beneficios.

C. Cargos Médicos

Los cargos médicos incurridos en una instalación son elegibles para la cobertura bajo el Plan, como se especifica en el Programa de beneficios. Las segundas opiniones quirúrgicas recibidas de un médico antes de un procedimiento quirúrgico electivo están cubiertas, aunque las segundas opiniones quirúrgicas no son obligatorias.

Tenga en cuenta que, aunque los honorarios del cirujano son elegibles para la cobertura del Plan, como se especifica en el Programa de beneficios, si se realizan dos o más procedimientos quirúrgicos en el mismo campo operatorio, el Plan considerará el 100 % del Monto permitido únicamente para el procedimiento más costoso. Si los procedimientos quirúrgicos se realizan al mismo tiempo en diferentes campos quirúrgicos, los beneficios se pagarán de la siguiente manera: 100 % del Monto Permitido para el procedimiento facturado más alto, 75 % del Monto Permitido para el segundo procedimiento facturado más alto y 50 % del el Monto Permitido para todos los procedimientos facturados restantes.

Los honorarios del cirujano asistente son elegibles para la cobertura del Plan, según se especifica en el Programa de beneficios, hasta un 20 % del cargo del programa de honorarios permitido para el cirujano principal.

El tratamiento quiropráctico y el tratamiento de podiatra (excepto el cuidado

rutinario de los pies) son elegibles para la cobertura del Plan, tal como se especifica en el Programa de beneficios. Un nuevo máximo de 30 visitas por año calendario para el tratamiento quiropráctico está disponible si la nueva condición no está relacionada en absoluto con ninguna otra condición para la cual se pagaron los beneficios.

D. Cuidado Especializado

Instalaciones para Cuidado Extendido: Un médico puede recomendar la continuación de la atención en un hospital convaleciente, que puede ofrecer atención de calidad a tasas generalmente inferiores a las que cobran los hospitales.

El plan cubre todos los cargos elegibles. Sin embargo, para recibir beneficios, el paciente debe:

- (1) ingresar al hospital convaleciente dentro de los 15 días posteriores a una estadía de al menos 3 días en un hospital regular;
- (2) estar confinado por la misma condición o relacionada que causó el confinamiento en el hospital;
- (3) estar bajo la atención continua de un médico; y
- (4) requerir cuidado de enfermería las 24 horas recomendado por un médico.

Los confinamientos separados por menos de 7 días se consideran un confinamiento.

A los fines de la cobertura del Plan, un hospital convaleciente no se puede utilizar principalmente como lugar de descanso, ancianos, tratamiento de custodia o tratamiento de enfermedades mentales, alcoholismo, abuso de drogas o tuberculosis pulmonar.

Los gastos elegibles incluyen cargos por alojamiento y comida semiprivados, radiografías y servicios de laboratorio, salas de tratamiento especializado y medicamentos y otros medicamentos. Los artículos personales no están cubiertos.

Cuidado de Hospicio: El plan paga los gastos elegibles de cuidado de hospicio para pacientes internados y ambulatorios. Un hospicio es un programa especial de atención para un paciente con una enfermedad terminal diagnosticado con seis meses o menos de vida. Un equipo de profesionales y trabajadores voluntarios se preocupa por el paciente, y generalmente incluye un médico y una enfermera registrada, y puede incluir un consejero dietético, asistente de salud en el hogar, trabajador social médico u otros.

Los objetivos del hospicio son proporcionar una alerta e indolora existencia para el paciente y mantener a la familia involucrada activamente en el cuidado.

Los gastos elegibles también incluyen servicios de duelo y asesoramiento.

Cuidado de Salud en el Hogar: Mientras usted o un dependiente se encuentran bajo la atención de un médico, el Plan proporciona beneficios por los cargos realizados por una agencia de atención médica a domicilio autorizada. El médico debe presentar un plan de tratamiento por escrito aproximadamente cada tres meses indicando que el paciente de otro modo necesitaría estar confinado en un hospital o en un centro de convalecencia si no se brindaba atención domiciliaria.

Los servicios y suministros deben ser provistos por una organización de atención médica autorizada y no pueden ser realizados por un pariente o alguien que viva en su hogar.

Los servicios de cuidado de la salud en el hogar no cubiertos incluyen:

- (1) servicio doméstico o de limpieza
- (2) alquiler o compra de equipos o suministros
- (3) *Meals-on-wheels* u otros arreglos alimentarios similares
- (4) atención domiciliaria brindada en un hogar de ancianos o un centro de enfermería especializada
- (5) cuidado en el hogar por enfermedades mentales y nerviosas

E. Otros Cargos Médicos Elegibles:

Además de las coberturas para pacientes internados, ambulatorios, médicos y de atención especializada que se mencionaron anteriormente, el Plan brinda cobertura, según se especifica en el Programa de beneficios, para lo siguiente:

- (1) oxígeno y su administración
- (2) quimioterapia y radioterapia para pacientes ambulatorios
- (3) diálisis renal para pacientes ambulatorios
- (4) equipo médico duradero aprobado considerado médicamente apropiado/necesario, hasta el precio de compra del equipo alquilado
- (5) dispositivos protésicos
- (5) moldes, férulas
- (7) suministros para diabéticos (están cubiertos por el Plan de tarjeta de medicamentos recetados)
- (8) terapia ocupacional o del habla para pacientes ambulatorios si es prestada por un proveedor calificado y prescrita por un médico.

- (9) fisioterapia ambulatoria
- (10) cirugía cosmética para la reparación de una lesión, la reconstrucción requerida por la cirugía de una enfermedad o enfermedad, y la corrección de un defecto congénito que resulta en un defecto funcional del niño del asegurado
- (11) esterilización voluntaria
- (12) aborto electivo
- (13) trasplantes de órganos no experimentales. (La cobertura de trasplantes de órganos se proporciona bajo una póliza totalmente asegurada emitida por Optum / United Healthcare y se describe en el folleto de beneficios separado para la cobertura de trasplante de órganos Optum. La cobertura de la póliza Optum para servicios relacionados con trasplantes comienza el día antes del trasplante realizado y continúa hasta el 365° día después del trasplante. Los servicios relacionados con trasplantes recibidos antes o después del período de beneficios Optum están cubiertos por los mismos beneficios que otras afecciones médicas.
- (14) lesión accidental en dientes naturales o mandíbula (si el tratamiento se realiza dentro de los 12 meses posteriores al accidente)
- (15) tratamiento del síndrome de la articulación temporomandibular (TMJ, por sus siglas en inglés): el mismo que cualquier otra afección médica.
- (16) plasma sanguíneo, si no reemplazado
- (17) servicios de enfermería profesional por parte de una enfermera graduada (EG), Enfermera Práctica Licenciada (E.P.L.), siempre que la persona no sea un pariente o viva en el hogar del paciente.
- (18) Norplant
- (19) servicio de ambulancia hacia y desde el hospital más cercano donde se puede proporcionar la atención y el tratamiento necesario
- (19) acupuntura por un médico con licencia o acupunturista con licencia para el alivio del dolor o anestesia solamente
- (20) Cobertura para personas que participan en ensayos clínicos aprobados

Persona calificada. Una persona calificada se define en el plan como individuo que está inscrito o participando en el plan de salud y que es elegible para participar en un ensayo clínico aprobado de acuerdo con el protocolo del ensayo con respecto al tratamiento del cáncer u otra enfermedad o afección potencialmente mortal. Para ser un individuo

calificado, existe un requisito adicional de que se haga una determinación de que la participación del individuo en el ensayo clínico aprobado es apropiada para tratar la enfermedad o condición. Esa determinación puede hacerse con base en la conclusión del profesional de la salud que hace la referencia o en base a la provisión de información médica y científica por parte del individuo.

Ensayo clínico aprobado. El término "ensayo clínico aprobado" se define como un ensayo clínico de fase I, fase II, fase III o fase IV que se lleva a cabo en relación con la prevención, detección o tratamiento del cáncer o enfermedad o afección que pone en peligro la vida y es uno de los siguientes:

1. Un juicio financiado o aprobado por el gobierno federal.
2. Un ensayo clínico realizado según una nueva solicitud de fármaco en investigación de la FDA.
3. Un ensayo de medicamentos que está exento del requisito de una nueva solicitud de fármaco en investigación de la FDA.

Servicios Cubiertos: Costos de rutina para el paciente. Con algunas excepciones importantes, los costos de rutina del paciente generalmente incluyen todos los artículos y servicios consistentes con la cobertura provista por el plan para una persona calificada (para el tratamiento del cáncer u otra enfermedad o afección potencialmente mortal) que no está inscrito en un ensayo clínico. Sin embargo, se excluyen los costos asociados con los siguientes:

1. El costo del artículo, dispositivo o servicio de investigación.
2. El costo de los artículos y servicios proporcionados únicamente para satisfacer las necesidades de recopilación y análisis de datos y que no se utilizan en la gestión clínica directa.
3. El costo de un servicio que es claramente inconsistente con los estándares de atención ampliamente aceptados y establecidos para un diagnóstico particular.

- (21) otros servicios y suministros necesarios según lo específicamente estipulado en la Lista de beneficios

F. Servicios Preventivos

El Plan médico incluye beneficios para servicios preventivos para adultos y niños según lo establecido por la Ley de Atención Asequible para la Protección del Paciente (PPACA, por sus siglas en inglés). Bajo las nuevas reglas, los servicios de salud preventiva recomendados por el Grupo de Trabajo de los Servicios Preventivos de los EE. UU. (USPSTF, por sus siglas en inglés) generalmente se requerirán sin costo compartido cuando los entregue un proveedor dentro de la red. Las recomendaciones del USPSTF para los servicios de salud preventivos de Grado A y B se pueden encontrar en un cuadro en el sitio web de USPSTF (www.ahrq.gov).

En general, los servicios preventivos de salud se enumeran en tres amplias categorías:

- Servicios preventivos cubiertos para adultos
- Servicios preventivos cubiertos para mujeres, incluidas mujeres embarazadas
- Servicios preventivos cubiertos para niños

Estos beneficios pueden ayudarlo a usted y a sus Dependientes a mantenerse saludables y productivos. Es importante que comprenda que cuando consulte a su médico de cuidados primarios (médico de cabecera) para su visita anual, usted discuta con él o ella que está allí para su "examen de bienestar" anual. El médico codifica su encuentro en función del objetivo general de su visita. Si se trata de una visita de bienestar, su médico codificará el encuentro como una visita de "bienestar" y el plan de salud pagará cualquiera de los servicios de salud preventiva al 100 %.

Por otro lado, puede ver a su médico para un problema en particular y, aunque algunos servicios brindados pueden ser similares a los "servicios de salud preventiva", el encuentro es de naturaleza "diagnóstica" y la visita al consultorio y otros servicios estarán sujetos a paga, coseguro y deducibles como se enumeran en el Programa de beneficios.

Los servicios de atención médica basados en la edad y el sexo incluyen, entre otros:

- exámenes físicos periódicos
- exámenes de próstata
- visitas ginecológicas de rutina
- exámenes de mamografía
- frotis de PAP rutinario
- cuidados para el bienestar de niños
- inmunizaciones e inoculaciones
- pruebas de materia fecal oculta

G. Tratamiento Mental y Nervioso

Tratamiento para Pacientes Internados: Ciertos gastos por enfermedad mental en el hospital están cubiertos. Los gastos elegibles incluyen ciertos cargos por alojamiento y comida semiprivados y todos los servicios y suministros médicos médicamente necesarios. Ciertas visitas a pacientes hospitalizados también están cubiertas.

Hospitalización Parcial Psiquiátrica: La hospitalización psiquiátrica parcial se considera lo mismo que la atención hospitalaria.

Tratamiento Ambulatorio: Ciertos gastos para pacientes ambulatorios están cubiertos. Los gastos elegibles incluyen los de un médico, psiquiatra, psicólogo o trabajador social certificado con licencia. Consulte el Programa de beneficios para obtener beneficios de la red y fuera de la red.

H. El Tratamiento por Abuso de Sustancias no es un beneficio cubierto.

I. Limitaciones y Exclusiones del Plan

El Plan Médico **no** cubre los cargos por lo siguiente:

- (1) tratamiento de abuso de sustancias
- (2) cuidado de custodia, cuidado residencial o curas de descanso
- (3) servicios y suministros no recomendados y aprobados por un médico
- (4) una habitación privada más allá del monto normalmente pagado por una habitación semiprivada
- (5) cirugía cosmética, a menos que sea resultado de una lesión o enfermedad accidental o por una malformación congénita de un niño
- (6) tratamiento recibido en un hospital del gobierno o a expensas del gobierno
- (7) reversión de la esterilización
- (8) cuidado rutinario de los pies (como callos, durezas o uñas de los pies)
- (9) servicios médicos para el control dietético
- (10) audífonos o lentes correctivos o los exámenes para su ajuste o prescripción, excepto cuando sea necesario después de la cirugía de cataratas
- (11) programas de educación, investigación o capacitación, incluida la visión (a excepción de la asesoría/capacitación diabética)
- (12) tratamiento experimental o de investigación, incluidos los trasplantes que utilizan órganos no humanos
- (13) reclamos presentados más de un año después de incurridos los gastos
- (14) cargos por artículos de higiene personal y de conveniencia, como aires acondicionados, humidificadores o equipos de ejercicios físicos
- (15) cargos por consultas telefónicas, citas perdidas o por completar formularios de reclamo
- (16) cargos relacionados con (1) una lesión que surja de, o en el curso de cualquier empleo por sueldo o ganancia, o (2) una enfermedad cubierta con respecto a dicho empleo, por cualquier ley de

Compensación Laboral, enfermedad ocupacional ley o legislación similar.

- (17) tratamiento de cualquier lesión sufrida o enfermedad resultante de guerra, acto de guerra, disturbios, rebelión, desobediencia civil o del servicio militar en cualquier país
- (18) cargos reembolsables por seguro de automóvil sin culpa, o cualquier otra ley federal o estatal
- (19) cargos que usted o un dependiente no están legalmente obligados a pagar
- (20) cargos que no se realizarían si no existiera cobertura
- (21) cargos por un proveedor que es miembro de su familia inmediata (cónyuge, hijo, hermano, hermana o padre)
- (22) cargos a pagar de otra manera según se describe en la disposición de Coordinación de beneficios (ver a continuación)
- (23) cargos dentales, excepto lo indicado
- (24) escaneos de cuerpo completo (exámenes físicos virtuales)
- (25) trasplantes de órganos y servicios relacionados con trasplantes cubiertos por la póliza totalmente asegurada emitida por Optum/United Healthcare.
- (26) servicios no considerados médicamente necesarios o apropiados
- (27) servicios no enumerados o descritos en esta Descripción resumida del plan.

PLAN DE MEDICAMENTOS RECETADOS
PROGRAMA DE BENEFICIOS
Efectivo desde 1 de enero de 2018

CIERTOS CARGOS ESTÁN EXCLUIDOS DE LA COBERTURA DEL PLAN COMO SE DESCRIBE MÁS ADELANTE EN ESTE RESUMEN

TIPO DE PRESCRIPCIÓN		COPAGO
Venta al por menor: Nombre de Marca		\$25.00 por suministro de 30 días
Venta al por menor: Genérico		\$15.00 por suministro de 30 días
Pedido por Correo: Nombre de la Marca		\$50.00 por suministro de 90 días
Pedido por Correo: Genérico		\$30.00 por suministro de 90 días
Fármacos Especiales		Se permite un relleno en el comercio minorista con rellenos adicionales a través de Accredo, <i>Express Scripts Specialty Pharmacy</i>
Métodos anticonceptivos en el marco de los servicios preventivos para mujeres ampliados que incluyen inyecciones orales y dispositivos; incluye todos los medicamentos genéricos y ciertos medicamentos de marca y anticonceptivos aprobados sin receta médica		Copago de \$ 0
Ciertos medicamentos preventivos OTC y de venta con receta según la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible (ACA, por sus siglas en inglés). Los medicamentos como la aspirina, los suplementos de hierro, los fluoruros orales, el ácido fólico, la cesación del tabaquismo y las vacunas en función de la edad, el sexo y el diagnóstico están cubiertos.		Copago de \$ 0
MÁXIMO DESEMBOLSO DE BOLSILLO PARA MEDICAMENTOS PRESCRITOS, POR AÑO CALENDARIO:		
Individual		\$4,700.00
Familiar		\$7,500.00

TENGA EN CUENTA QUE EL PLAN NUNCA PAGARÁ NINGÚN SERVICIO QUE NO SEA MEDICAMENTO NECESARIO, SEGÚN DETERMINE EL ADMINISTRADOR DEL PLAN. ADEMÁS, EL PLAN NUNCA PAGARÁ COSTOS DE SERVICIO MÁS ALLÁ DE LOS QUE SON LA CANTIDAD PERMITIDA DEL PLAN, SEGÚN DETERMINE EL ADMINISTRADOR DEL PLAN. EXPRESS SCRIPTS ADMINISTRA LA COBERTURA DE MEDICAMENTOS RECETADOS.

PLAN DE MEDICAMENTOS RECETADOS

El plan de medicamentos con receta lo ayuda a pagar medicamentos recetados y medicamentos.

Cuando surte una receta en cualquier farmacia participante, paga un copago de \$15.00 por receta (para un suministro de 30 días) para medicamentos genéricos y un copago de \$25.00 por receta (para un suministro de treinta (30) días) para medicamentos de marca. Se permite un llenado en el comercio minorista de medicamentos especializados con rellenos adicionales a través de *Accredo, Express Scripts Specialty Pharmacy*. Los copagos se aplican al gasto máximo de bolsillo de medicamentos recetados. El máximo gasto de bolsillo para medicamentos recetados es de \$4,700.00 por individuo por año calendario. El gasto de bolsillo familiar máximo es de \$7,500.00 por año calendario. Esto significa que una vez que 2 o más miembros de la familia satisfacen, en conjunto (juntos) un total de \$7,500.00, el máximo gasto de bolsillo familiar para medicamentos recetados se satisface por el resto del año calendario. Sin embargo, ninguna persona puede satisfacer más de \$4,700.00 del gasto de bolsillo familiar. No hay remanencia de la característica de desembolso.

Una vez que su parte de los gastos cubiertos alcanza el nivel máximo de gasto de bolsillo, los beneficios del Plan son el 100 % de los gastos cubiertos restantes por el resto de ese año calendario.

Cuando usa una farmacia no participante, paga la misma cantidad que el minorista.

El programa de medicamentos cubre medicamentos y medicamentos recetados generalmente por un médico.

Sin embargo, el plan de prescripción **no** cubre:

- (1) cargos por la administración de cualquier medicamento
- (2) aparatos o dispositivos terapéuticos (por ejemplo, prendas de soporte y otras sustancias no médicas)
- (3) cargos por un recargo de la receta que exceda el número especificado por el médico, o cualquier recarga dispensada después de un año de la orden del médico
- (4) agentes de inmunización, sueros biológicos, sangre o plasma sanguíneo
- (5) fármacos o medicinas no dispensadas legalmente bajo la ley federal y/o estatal
- (6) cualquier medicamento tomado o administrado en el lugar donde se dispensa (es decir, hospital, hogar de reposo, centro de cuidado prolongado, hogar de ancianos, etc.)
- (7) fármacos y medicamentos que pueden obtenerse sin receta médica
- (8) fármacos experimentales

- (9) medicamentos recetados que pueden obtenerse sin cargo bajo programas locales, estatales o federales
- (10) medicamentos comprados fuera de los Estados Unidos que no son legales dentro de los EE. UU.
- (11) norplant
- (12) medicamento utilizado con fines cosméticos

Programa de Pedido por Correo

Cuando surta un medicamento recetado por correo, paga un copago de \$30.00 por receta para medicamentos genéricos y un copago de \$50.00 por receta para medicamentos de marca. El Programa de Pedidos por Correo cubre un suministro de hasta 90 días o dosis de 100 unidades, lo que sea mayor.

Póngase en contacto con Express Scripts o Miller & Long para solicitar sobres por correo.

PLAN DENTAL

PROGRAMA DE BENEFICIOS

CIERTOS CARGOS ESTÁN EXCLUIDOS DE LA COBERTURA DEL PLAN COMO SE DESCRIBE MÁS ADELANTE EN ESTE RESUMEN.

TIPO DE GASTO	BENEFICIOS
BENEFICIOS MÁXIMOS POR INDIVIDUO:	
Servicios Preventivos y Diagnósticos, Generales y Mayores	\$1,750 por año calendario.
Servicios de Ortodoncia	\$2,500 por vida
DEDUCIBLE:	
Por Individuo Servicios Diagnósticos, Preventivos y Generales	\$50.00 de por vida (fuera de la red solamente).
Por Individuo Servicios Mayores	Ninguno
Por Individuo Servicios de Ortodoncia	Ninguno
Por Familia Servicios Diagnósticos, Preventivos y Generales	Cada miembro de la familia debe cumplir con el deducible individual anterior, si corresponde.
COPAGO:	
Servicios Diagnósticos, Preventivos y Generales	100 % en la red, 80% del monto permitido del plan fuera de la red.
Servicios Mayores	50 % del Monto Permitido del Plan
Servicios de Ortodoncia	50 % del Monto Permitido del Plan
NOTA: ciertas limitaciones se aplican a los beneficios dentales. Vea las siguientes secciones para más detalles	

TENGA EN CUENTA QUE EL PLAN NUNCA PAGARÁ NINGÚN SERVICIO QUE NO SEA MEDICAMENTE NECESARIO, SEGÚN DETERMINE EL ADMINISTRADOR DEL PLAN. ADEMÁS, EL PLAN NUNCA PAGARÁ COSTOS DE SERVICIO MÁS ALLÁ DE LOS QUE SON LA CANTIDAD PERMITIDA DEL PLAN, SEGÚN LO DETERMINE EL ADMINISTRADOR DEL PLAN.

PLAN DENTAL

Su cobertura dental es una parte valiosa de su programa de beneficios, ya que tener dientes y encías saludables es importante para su bienestar general. El Plan fomenta la buena salud dental al reembolsar el tratamiento preventivo y diagnóstico al 100 % sin un deducible si usa un proveedor dentro de la red. El Plan reembolsa el 80 % del Monto Permitido del Plan, después de que se alcanza un deducible de por vida de \$50.00 por individuo, para proveedores fuera de la red.

El Plan Dental

El plan lo ayuda a pagar la cantidad permitida del plan por otros gastos dentales, según lo determine el administrador del plan.

A. Deducible del Plan Dental

Antes de que se paguen los beneficios preventivos, de diagnóstico y dentales generales, primero debe pagar un deducible. El monto deducible para cada individuo es:

Servicios preventivos, de diagnóstico y generales en la red: sin deducible

Servicios preventivos, de diagnóstico y generales fuera de la red: \$50.00 por vida

No hay deducible para servicios mayores u ortodoncia.

Además, no hay una función de deducible remanente.

B. Servicios Diagnósticos y Preventivos

El Plan paga los Servicios de diagnóstico y prevención de acuerdo con el Programa de beneficios que figura anteriormente en esta sección.

Los servicios preventivos y de diagnóstico cubiertos incluyen:

- (1) exámenes orales de rutina, pero no más de 2 en un año calendario
- (2) profilaxis dental, incluida la limpieza, escalado y pulido de dientes, pero no más de 2 en un año calendario
- (3) aplicación tópica de fluoruro, para niños menores de 18 años, limitado a 2 solicitudes por persona en un año calendario
- (4) tratamiento de emergencia paliativo (para el dolor)
- (5) radiografías de rutina tomadas como parte de un examen oral, limitado a:
 - radiografías completas de la boca, incluso panorámicas, una cada 36 meses consecutivos
 - Rayos X de mordida, según se requiera, pero no más de dos veces durante un año calendario.

- (6) selladores solo para molares permanentes, para niños dependientes hasta su 15º cumpleaños, uno en cualquier período de 24 meses
- (7) mantenedores de espacio, cuando se usan para reemplazar la pérdida prematura de dientes extraídos, para niños dependientes hasta su 15º cumpleaños

C. Servicios Generales

El Plan paga los cargos elegibles por los servicios generales de acuerdo con el Programa de Beneficios que figura anteriormente en esta sección, que incluye:

- (1) extracciones dentales simples
- (2) rellenos de tipo restaurativo (plata, silicato, plástico, porcelana y composite)
- (3) pulpotomía
- (4) recubrimiento pulpar
- (5) tratamiento de conducto
- (6) reparación o recementado de coronas, incrustaciones, puentes o dentaduras, y rebase de dentaduras postizas
- (7) cirugía oral, excepto cuando esté cubierto por el plan médico
- (8) anestesia general cuando sea médicamente necesario y se administre en conexión con cirugía oral u otros servicios dentales cubiertos
- (9) tratamiento endodóntico, incluida la terapia del conducto radicular si el diente se "abre" mientras está cubierto por el plan
- (10) tratamiento de enfermedades periodontales y otras enfermedades de las encías y tejidos de la boca
- (11) inyección de medicamento antibiótico

D. Servicios Mayores

El Plan paga el 50 % del cargo elegible por los servicios mayores de acuerdo con el Programa de Beneficios que figura anteriormente en esta sección, que incluye:

- (1) incrustaciones, onlays, rellenos de oro o restauraciones de coronas
- (2) instalación inicial de dentaduras postizas removibles parciales o completas, incluyendo ajustes para el período de seis meses después de la instalación

- (3) reemplazo de una dentadura postiza removible parcial o completa existente o puente fijo por una nueva dentadura postiza o puente, la adición de dientes a puentes fijos existentes o prótesis parcial removible, como se establece en la Regla de Reemplazo de Prótesis descrita a continuación.

La Regla de Reemplazo de Prótesis indica que el reemplazo o las adiciones a coronas, dentaduras postizas o puentes existentes solo se cubrirán si se proporciona evidencia satisfactoria al Administrador del Plan de que se aplica uno de los siguientes:

- (1) se requiere el reemplazo o la adición de dientes para reemplazar uno o más dientes extraídos después de la instalación de la corona, dentadura postiza o puente existente, y mientras el individuo esté cubierto por el Plan;
- (2) la corona, dentadura postiza o puente existente no se puede reparar y se instaló al menos cinco años antes de su reemplazo; o
- (3) la corona, el puente o la dentadura postiza existente es una dentadura temporal inmediata y se requiere el reemplazo por una dentadura permanente dentro de los 6 meses a partir de la fecha de instalación inicial de la dentadura postiza temporal inmediata.

E. Tratamiento de Ortodoncia

El tratamiento de ortodoncia es la detección, prevención y corrección de anomalías en el posicionamiento de los dientes en su relación con las mandíbulas.

El Plan cubre el 50 % de los cargos elegibles para menores dependientes hasta que cumplan 19 años. Si el tratamiento comienza antes de los 19 años, el plan cubre el 50 % de los cargos elegibles para los hijos dependientes que son estudiantes a tiempo completo hasta que cumplan 25 años.

El plan cubre el 25 % del cargo elegible del ortodoncista cuando comienza el tratamiento. El saldo del cargo se considera en montos mensuales iguales durante el período de tiempo en que se espera que el tratamiento continúe.

El monto total a pagar por todos los tratamientos de ortodoncia es de \$2,500.00 por vida y por individuo.

F. Plan Dental Máximo

Hay un beneficio dental máximo de \$1,750.00 para cada individuo por año calendario. Hay un máximo de por vida separado de \$2,500 para tratamiento de ortodoncia.

G. Exclusiones del Plan Dental

El plan **no** cubre los siguientes servicios dentales:

- (1) servicios que no cumplen con los estándares de la práctica dental aceptados por la Asociación Dental Americana
- (2) servicios realizados por razones estéticas, incluida la personalización de dentaduras postizas
- (3) servicios pagados en su totalidad o en parte bajo cualquier otro plan de beneficios proporcionado por el empleador, la escuela o el gobierno o por servicios que no está obligado a pagar
- (4) el reemplazo de un dispositivo o dispositivo perdido, extraviado o robado, o un dispositivo que se utilizará como repuesto
- (5) cargos por cualquier servicio o aparato para alterar la dimensión vertical, ferulización periodontal o implantología
- (6) cargos no provistos por un dentista, excepto limpieza o escalado de dientes, aplicación tópica de flúor realizado por un higienista dental autorizado bajo la supervisión de un dentista
- (7) programas educativos, de investigación o capacitación, como capacitación en control de placa, asesoramiento dietético o higiene bucal
- (8) cualquier procedimiento iniciado antes de que la persona estuviera cubierta bajo este Plan
- (9) analgesia (tipo de medicamento adormecedor que se frota en las encías)
- (10) carillas en coronas o puentes que no sean los diez dientes anteriores superiores e inferiores
- (11) servicios periodontales, excepto en áreas donde los dientes naturales están presentes
- (12) capacitación o suministros utilizados para asesoramiento dietético, higiene oral o control de placa o selladores
- (13) anestesia general, a menos que sea médicamente necesario y se administre en relación con la cirugía oral
- (14) cargos realizados por un dentista por citas perdidas
- (15) cargos por completar formularios de reclamo o presentación de reclamos
- (16) reclamos presentados más de un año después de incurridos en los gastos

- (17) tratamiento experimental
- (18) cargos por servicios no cubiertos por el Plan Dental, de acuerdo con las disposiciones del Plan

H. Revisión Previa al Tratamiento

Cuando espere que el tratamiento dental cueste \$300.00 o más, debe seguir el procedimiento especial de revisión previa al tratamiento. Al usar este procedimiento, usted y su dentista sabrán exactamente qué servicios están cubiertos antes de incurrir en gastos reales.

La mayoría de los dentistas están familiarizados con la revisión previa al tratamiento. Así es como funciona:

- (1) Antes de comenzar un curso de tratamiento para el cual se espera que los cargos sean de \$300.00 o más, solicite a su dentista que complete un formulario de revisión previa al tratamiento que describa el plan de tratamiento e indique los servicios y cargos detallados.
- (2) Pídale a su dentista que envíe el formulario completo a Allegeant, el procesador de reclamos.
- (3) Con base en el plan de tratamiento, los especialistas dentales del procesador de reclamos determinarán qué gastos están cubiertos por el Plan y le notificarán a usted y a su dentista. Al determinar los gastos cubiertos, se utilizará la Disposición de tratamiento alternativo, como se describe a continuación.
- (4) Pídale a su dentista que envíe un plan de tratamiento revisado a Allegeant si hay un cambio importante en el plan de tratamiento original.

Los tratamientos de emergencia, los exámenes orales incluyendo la limpieza y las radiografías dentales se consideran parte de un plan de tratamiento; Sin embargo, estos servicios se pueden prestar antes de que se realice la revisión previa al tratamiento.

I. Disposición de Tratamiento Alternativo

A menudo hay más de una solución para un problema dental. La respuesta más cara no siempre es la mejor. En odontología, las nuevas tecnologías y procedimientos brindan a los dentistas muchas opciones de tratamiento, y los costos pueden variar mucho.

El Plan dental tiene una disposición de tratamiento alternativo que rige la cantidad de beneficios pagados por el tratamiento dental. Asegura que se utilizan prácticas dentales sanas y alternativas rentables sin comprometer la calidad de la atención.

Por ejemplo, si un diente puede restaurarse con un material como la amalgama y usted y su dentista seleccionan otro tipo de restauración (oro, por ejemplo), el Plan limitará

el pago al Monto Permitido del Plan por los procedimientos que utilizan la amalgama u otro material similar. Usted y su dentista pueden decidir usar empastes de oro, pero el Plan solo cubrirá el costo de la amalgama y usted será responsable de la diferencia.

Otro ejemplo podría ser si selecciona un dispositivo especializado de precisión en lugar de una dentadura estándar. El plan limita el pago a la cantidad permitida del plan de una prótesis de cromo o acrílico moldeada estándar. De nuevo, tendrá que pagar la diferencia.

Es importante obtener una estimación de pretratamiento antes de terminar el trabajo. De esta forma, después de que se haya completado el trabajo dental, no se enterará de que el plan paga menos de lo que esperaba o que excluye el pago por completo.

MILLER & LONG DC, INC
Descripción del Plan de Visión

	<u>EN LA RED</u>	<u>FUERA DE LA RED</u>
	Reembolso	Reembolso
EXAMINACIÓN <i>(una vez cada 12 meses)</i>	<i>Pagado a la Totalidad (incluyendo tonometría)</i>	<i>\$28.00 hacia los precios minoristas</i>
LENTES (estándar - par) SIMPLE BIFOCAL TRIFOCAL LENTICULAR	PAGADO A LA TOTALIDAD	Simple \$15.00 Bifocal \$21.00 Trifocal \$30.00 LENTICULAR \$60.00
MONTURA	<i>Hasta \$30.00 al mayor (compra una montura minorista de \$90-120)</i>	<i>\$30.00 hacia los precios minoristas</i>
OPCIONES DE LENTES – no cubiertas por el Plan UV PROGRESIVA TINTS FOTOCROMÁTICA	<i>El empleado paga precios al por mayor más 25 % hasta 50 % de descuento en todas las opciones</i>	<i>No Cubierto</i>
Lentes de Contacto <i>(en lugar de anteojos)</i>	Pagado a la Totalidad	<i>\$30.00 hacia los precios minoristas</i>
COSMÉTICO	Venta al por menor -25 %	
DESCUENTOS LASIK	Programa nacional de Lasik 25 – 30 % de descuento	N/A
LENTES DE CONTACTO PEDIDOS POR CORREO	SI AHORROS SIGNIFICATIVOS A TRAVÉS DE ORDEN POR CORREO DE CFI HARRISBURG, PA	N/A
LENTES DE SEGURIDAD	<i>\$50 PERMITIDOS (SOLO MIEMBROS)</i>	<i>\$50.00 PERMITIDOS</i>

TENGA EN CUENTA QUE ESTE CRONOGRAMA ES SOLAMENTE UN RESUMEN DE ALGUNAS CARACTERÍSTICAS DE NUESTRO PLAN. SI HAY UNA DISPUTA ENTRE ESTE PROGRAMA Y LA DESCRIPCIÓN RESUMIDA DEL PLAN, LA DESCRIPCIÓN RESUMIDA DEL PLAN PREVALECE. TAMBIÉN, TENGA EN CUENTA QUE EL PLAN NUNCA HACE REEMBOLSO CON RESPECTO A NINGÚN SERVICIO QUE NO SEA MEDICAMENTE NECESARIO, SEGÚN DETERMINE EL ADMINISTRADOR DEL PLAN. ADEMÁS, EL PLAN NUNCA EFECTUARÁ EL REEMBOLSO CON RESPECTO AL COSTO DE SERVICIO QUE NO SEA EL MONTO PERMITIDO DEL PLAN, SEGÚN LO DETERMINE EL ADMINISTRADOR DEL PLAN.

- Ahorros adicionales ocurrirán si se usa un proveedor de red. Los proveedores de la red cobran un precio con descuento por los servicios, por lo que también se reduce el 20 % de copago de los empleados.

- Si necesita información adicional, comuníquese con Miller & Long al 301-951-8690.

OTRA INFORMACIÓN IMPORTANTE

ACERCA DE SUS PLANES MÉDICOS, DE PRESCRIPCIÓN, VISIÓN Y DENTAL

A. Coordinación de Beneficios

El plan ha sido diseñado para ayudar a pagar el costo asociado con una enfermedad y lesión. Dado que no tiene la intención de pagar beneficios mayores a los gastos reales de atención médica, la cantidad de beneficios pagaderos bajo este Plan se reducirá al tomar en cuenta cualquier cobertura que usted o su dependiente tengan bajo "otros planes".

A los efectos de la aplicación de las siguientes reglas, un gasto permitido es cualquier cargo médicamente necesario, descrito anteriormente como cubierto en esta Descripción Resumida del plan. Plan significa beneficios de atención provistos por:

- (1) cobertura de seguro grupal,
- (2) cualquier prepago contractual grupal o acuerdo de indemnización, práctica grupal o cobertura de práctica individual,
- (3) cualquier cobertura bajo los planes fiduciarios de administración del trabajo, planes de bienestar sindical, planes de organización del empleador o planes de organización de beneficios para empleados,
- (4) cualquier plan grupal provisto por una institución educativa, o
- (5) plan de salud del empleador autofinanciado

Cuando se realiza un reclamo, el plan primario paga primero los beneficios, sin importar ningún otro plan. El plan secundario (o planes) ajusta sus beneficios para que los beneficios totales de los dos planes no excedan el gasto permitido. Ningún plan paga más de lo que pagaría sin la coordinación de la provisión de beneficios.

Un plan sin una disposición de coordinación siempre se considera el plan principal. Si todos los planes tienen tal disposición, entonces el plan del empleador del paciente es el plan principal.

Si un niño está cubierto por los planes de ambos padres, el plan del padre con la fecha de nacimiento más temprana en el año calendario es primario; pero si los padres están separados o divorciados, sus planes pagan en este orden:

- (1) si un decreto del tribunal ha establecido responsabilidad financiera por los gastos de atención médica del niño, el plan del padre con esta responsabilidad;
- (2) el plan del padre con la custodia del niño;

- (3) el plan del padrastro casado con el padre con la custodia del niño;
- (4) el plan del padre que no tiene la custodia del niño

Si no se aplica ninguna de las opciones anteriores, el plan que cubre al paciente por más tiempo es el principal.

Si tanto este plan como otro plan contienen una cláusula de coordinación de beneficios que estipula que cada plan es secundario, este plan solo pagará los beneficios por los gastos permitidos y solo en un monto que exceda lo que el otro plan habría pagado si fuera el plan principal. Por ejemplo, si este plan brinda cobertura de hasta \$50 por día para hospitalización por cirugía ambulatoria y el otro plan pagaría \$40 por la misma cobertura si fuera primario, y tanto este plan como el otro plan establecen que son secundarios, este Plan pagará no más de \$10 por día por la hospitalización cubierta.

B. Revisión de Utilización - Requisito de Pre-Certificación

El plan requiere que los ingresos hospitalarios sean pre-certificados para determinar que todos los días son médicamente necesarios.

Llame al 877-608-2200 al menos 72 horas antes de una admisión planificada o no más tarde de 48 horas después de una admisión de emergencia.

PROCEDIMIENTOS DE PRESENTACIÓN DE RECLAMOS

Cuando se inscriba para la cobertura, recibirá un Plan de Salud Grupal, Dental y tarjetas de identificación de Prescripción/Visión combinadas. Siga los procedimientos adecuados al momento de presentar un reclamo:

Los proveedores de la red presentarán reclamos en su nombre.

Para proveedores fuera de la red, los procedimientos son los siguientes.

Hospitalización: Presente su tarjeta de identificación al personal de admisión en el hospital. Esta tarjeta proporciona toda la información necesaria para su admisión. La tarjeta también indica al hospital que envíe su factura directamente a Allegeant, junto con su formulario de asignación estándar para el pago. Si debe recibir la factura directamente del hospital, envíela por correo a Allegeant.

Todos los demás gastos: Obtenga un formulario de Reclamo de Salud, Reclamo Dental o Reclamo de Vista de su empleador. Las instrucciones sobre cómo presentar un reclamo se encuentran en el formulario. Además, hay sobres especiales con dirección previa disponibles para simplificar el procedimiento de reclamo.

Debe completar el formulario completo, indicando su número de seguro social, nombre, dirección, nombre del dependiente, etc. También debe indicar si desea o no autorizar el pago directamente al médico o dentista.

Su médico o dentista debe completar su parte del formulario de reclamo. Al enviar una factura detallada, se debe incluir la siguiente información:

- (1) nombre del paciente
- (2) naturaleza de la enfermedad o lesión
- (3) tipo de servicio o suministro
- (4) fecha(s) de tratamiento
- (5) cargo(s) detallado por tratamiento

Por favor envíe sus reclamos rápidamente. Todos los reclamos deben presentarse dentro de 1 año después de que se incurra en los gastos.

Los reclamos enviados después de un (1) año no se considerarán para el pago.

Tenga en cuenta que debe enviar reclamos especiales de medicamentos con receta (para recetas compradas al precio total, sin su tarjeta del Plan de Salud) directamente a Express Scripts utilizando los formularios de reclamo de medicamentos recetados especiales de Express Scripts.

Los reclamos Médicos y Dentales deben enviarse por correo a:

Allegeant
Apartado Postal 981801
El Paso, TX 79998-1801

Los reclamos de Visión deben enviarse por correo a:

NVA
Apartado Postal 1981
East Hanover, NJ 07936-1981



DESCRIPCIÓN RESUMIDA DEL PLAN



PLAN DE SALUD Y BIENESTAR DE MILLER & LONG DC, INC.

DESCRIPCIÓN RESUMIDA DEL PLAN

Efectivo a partir del 1 de enero de 2019

ACERCA DE ESTE RESUMEN

Lo que sigue corresponde a un resumen de algunas de las características principales del Plan de Salud y Bienestar de Miller & Long DC, Inc., al cual se hace referencia como “el Plan”. Le alentamos a leer cuidadosamente este resumen.

Este resumen es la “Descripción Resumida del Plan” y ha sido redactado con el fin de explicar el plan usando un lenguaje sencillo de comprender. Sin embargo, en caso de ambigüedades o inconsistencias entre esta Descripción Resumida del Plan y cualquier documento formal del plan; los documentos formales tendrán prevalencia.

En la oficina de Miller & Long DC, Inc. (el empleador) hay copias disponibles de los documentos formales del Plan, que usted puede solicitar e inspeccionar en un momento y lugar acordado mutuamente entre usted y el Empleador.

Si hay algo en esta Descripción Resumida del Plan que no le haya quedado claro o si tiene dudas acerca de los beneficios del plan o los procedimientos de reclamo del plan; por favor contacte al administrador del Plan.

PLAN DE SALUD Y BIENESTAR DE MILLER & LONG DC, INC.

DESCRIPCIÓN RESUMIDA DEL PLAN

Efectivo a partir del 1 de enero de 2019

ÍNDICE

Nombre del Plan	1
Nombre y dirección comercial del empleador	1
Número de identificación del empleador como contribuyente	1
Número de Plan.....	1
Tipo de administración	1
Discreción del administrador del Plan	1
Información sobre financiamiento de la cobertura de salud	1
Ley de Atención Médica Asequible.....	2
Año del Plan.....	2
Nombre, dirección comercial y número telefónico del administrador del Plan	2
Notificación sobre procesos legales.....	2
Tipo de Plan	2
Elegibilidad	2
Elegibilidad de dependientes	3
Participación	5
Culminación de la participación	9
Resumen de beneficios disponibles	10
Derechos de continuación y conversión	16
Continuación de la cobertura amparada por COBRA (Aviso de COBRA).....	17
Atención médica de emergencia	22
Los pacientes y la evaluación de la atención médica	22
Privacidad de la información médica.....	22
Beneficios médicos posteriores al nacimiento de un hijo	22
Procedimientos de reclamo	22
Estatuto sobre limitaciones para reclamos del Plan	37
Culminación o enmienda del Plan	37
Sin derecho a la continuación del empleo.....	37
No asignación de beneficios; pagos a proveedores.....	37
Coordinación de beneficios.....	38
Subrogación/derecho a reembolso	38
Contratos del seguro	39
Sus derechos según ERISA.....	39
ANEXO: Crédito tributario para atención de dependientes y Atención de dependientes FSA	41
MANUALES ANEXOS SOBRE BENEFICIOS:	
Manual de Beneficios del Plan Médico	43
Manual de Beneficios del Plan Dental	107
Manual de Beneficios del Plan de Visión	127

INFORMACIÓN GENERAL ACERCA DEL PLAN

Nombre del Plan

Plan de Salud y Bienestar de Miller & Long DC, Inc.

Nombre y dirección comercial del empleador

Miller & Long DC, Inc.
4001 Brandywine Street, NW, Suite 400
Washington, DC 20016

Número de identificación del empleador como contribuyente

27-5492647

Número de Plan

501

Tipo de administración

El administrador del Plan es el encargado de administrar el Plan. Por favor, tome en consideración que las cuentas de beneficios del participante según el Plan son, meramente, registros contables, por lo que ningún activo o fondo será, jamás, pagado, retenido o invertido en una cuenta o fideicomiso por separado; al igual que ningún interés será pagado o acreditado a ninguna cuenta de beneficios. Algunos beneficios podrían ser proporcionados a través de contratos de seguros. En la medida en que cualquier beneficio no sea proporcionado a través de contratos de seguros, estos serán pagados de los activos generales del empleador.

Discreción del administrador del Plan

En el ejercicio de sus deberes según el Plan, el administrador del Plan tiene autoridad discrecional para ejercer todos los poderes y tomar todas las determinaciones; en concordancia con los términos del Plan, en todos los asuntos que correspondan a su cargo. La autoridad discrecional del administrador del Plan incluye, sin limitación, interpretar las disposiciones del Plan y tomar todas las determinaciones de hechos, incluyendo determinaciones relacionadas a la elegibilidad para beneficios y todas aquellas determinaciones que requieran la aplicación de hechos a los términos del Plan. Las determinaciones del administrador del Plan deben ser respetadas y consideradas definitivas y vinculantes para todas las partes interesadas. Los beneficios amparados por este Plan serán pagados, únicamente, si el administrador del Plan decide, a discreción propia, que el Participante tiene derecho a recibirlos.

Información sobre financiamiento de la cobertura de salud

Cigna, Apartado de correos 182223, Chattanooga, TN 37422-7223, es el procesador de reclamos de los beneficios médicos y dentales amparados por el Plan. Cigna Vision (Apartado de correos 385018, Birmingham, AL 35238-5018) es el procesador de reclamos de los beneficios oftalmológicos amparados por el Plan. Los beneficios médicos, dentales y oftalmológicos del

Plan son obligaciones autofinanciadas del empleador y no están garantizadas por una póliza de seguro emitida por Cigna o por cualquier otra aseguradora.

Ley de Atención Médica Asequible

Este Resumen incluye varias disposiciones que se requieren para cumplir con los requisitos de la ley federal de reforma de la atención médica, (Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible de 2010 (PPACA), según lo enmendado por la Ley de Reconciliación de Atención Médica y Educación de 2010) y con Reglamentos y demás orientaciones que emita dicha ley. Siempre que este Resumen se refiera a la "Ley de Atención Médica Asequible" se refiere a la PPACA, según enmendada, y a las regulaciones aplicables. Los requisitos de la reforma de la atención médica de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible (PPACA), generalmente se aplican solo a la cobertura médica del Plan. Cuando este Resumen se refiere a la cobertura que está sujeta a la PPACA, se refiere a la cobertura médica del Plan, incluyendo los beneficios de medicamentos recetados o su alcance, que se ofrecen como parte de un paquete con la cobertura médica.

Año del Plan

El Año del Plan es el período que comienza cada 1 de septiembre y finaliza el próximo 31 de agosto, pero a los efectos de los beneficios de la cuenta de gastos médicos, dentales y flexibles del Plan, las referencias a "Año del Plan" significan el año calendario, desde el 1 de enero hasta 31 de diciembre.

Nombre, Domicilio Social y Número de Teléfono del Administrador del Plan

Miller & Long DC, Inc.
c/o Human Resources Department
4001 Brandywine Street, NW, Suite 400
Washington, DC 20016
(202) 524-4600

Servicio de Procesos Legales

El servicio del proceso legal se puede hacer en el Administrador del Plan.

Tipo de Plan

Este plan es una forma de plan de bienestar para empleados que se llama "plan de cafetería" porque le permite elegir los beneficios que recibirá del plan. Se le da la oportunidad de dirigir al Empleador para que reduzca su salario en una cantidad específica. Luego, puede utilizar el monto de la reducción de salario para comprar beneficios conforme al Plan. Para ciertos beneficios, debido a que su salario se reduce antes de que se impongan los impuestos federales (y, en la mayoría de los estados, los impuestos estatales), usted paga menos impuestos si participa en el Plan. (Algunos beneficios pueden requerir que realice contribuciones después de impuestos).

Elegibilidad

Si usted es un empleado regular a tiempo completo del Empleador (es decir, si tiene programado trabajar al menos treinta horas por semana, según lo determine el Empleador), usted y sus dependientes elegibles son elegibles para participar en el Plan a partir del día en que complete noventa días de empleo continuo con el Empleador (su "Fecha de Participación"). Para los fines de este requisito de empleo continuo según se aplica a los beneficios de salud del Plan, si usted está ausente del trabajo debido a una condición de salud, su ausencia no interrumpirá la finalización de su requisito de empleo continuo. Es decir, cualquier período de servicio continuo que complete antes de su ausencia por razones de salud, se aplicará al requisito de empleo continuo y se agregará a cualquier período de servicio continuo que complete después de que regrese a trabajar, luego de su ausencia por razones de salud.

Los empleados subcontractados, las personas clasificadas por el Empleador como empleados temporales (según lo determine el Empleador) y los empleados cubiertos por un convenio colectivo, y sus dependientes (a menos que la participación del Plan esté prevista en el convenio colectivo) no tienen permitido participar en el Plan. Una persona que no está caracterizada por el Empleador como un empleado suyo, pero que luego sea caracterizada por una agencia reguladora o por un tribunal como empleado, no será elegible para el período durante el cual no se caracteriza por ser un empleado del Empleador.

Si el Empleador lo despide y lo vuelve a contratar dentro de los seis meses, su Fecha de Participación será su fecha de recontractación. De lo contrario, su Fecha de participación será el día en que complete noventa días de empleo continuo con el Empleador una vez que vuelva a ser contratado. Sin embargo, si lo vuelven a contratar durante el mismo año del plan y dentro de los 30 días posteriores a la finalización de su período de empleo elegible, generalmente no se le permitirá realizar una nueva elección de beneficios para ese Año del Plan, pero su elección anterior de beneficios será reintegrada.

Tenga en cuenta que su elegibilidad para cualquier beneficio particular se determina según los términos del Plan aplicables a ese beneficio. Los Manuales de Beneficios incluidos en este Resumen contienen información sobre cualquier requisito de elegibilidad adicional o diferente que pueda aplicarse a beneficios específicos.

Elegibilidad de Dependientes

(NOTA: esta sección de Elegibilidad de Dependientes no se aplica a los beneficios de la cuenta de gastos flexibles. Para obtener detalles sobre si los gastos de un miembro de su familia se pueden cubrir con una cuenta de gastos flexible, consulte las explicaciones por separado de dichos beneficios en la sección “Resumen de Beneficios Disponibles”).

Para los fines de todos los beneficios disponibles bajo el Plan para los dependientes, su *cónyuge* se considera un/a dependiente elegible (el/la *cónyuge* y otros términos en *cursiva* utilizados en esta sección, se definen a continuación).

Los requisitos de elegibilidad de dependientes del plan para los hijos de empleados elegibles han cambiado para cumplir con los requisitos de la Ley del Cuidado de Salud Asequible. Su *hijo* es elegible para la cobertura ofrecida a los dependientes bajo el Plan, de acuerdo con las siguientes reglas:

1. Cobertura para Hijos Menores de 26 Años. Sus dependientes elegibles incluyen a sus *hijos* menores de 26 años, sin importar el estado civil de los mismos, el estado de

dependiente fiscal o la condición de estudiante, y si estos hijos viven con usted.

2. Cobertura para Hijos Mayores con Discapacidades. Para los fines de toda la cobertura ofrecida a los dependientes en virtud del Plan, su *hijo* soltero que es su *dependiente para propósitos del impuesto federal sobre la renta* para el año calendario aplicable, es un dependiente elegible si él o ella es física o mentalmente incapaz de autofinanciarse, pero solo si la incapacidad física o mental comenzó antes de que cumpliera 26 años.

Las siguientes definiciones se aplican a los fines de esta sección de Elegibilidad de Dependientes:

Un *hijo* se refiere a un hijo natural, un hijo adoptado legalmente siendo menor de 18 años, un hijo para cuidado temporal (si el niño es elegible para el cuidado temporal), o un hijastro. Un *hijo* también incluye a cualquier otra persona cuyo bienestar es su responsabilidad legal bajo una tutela legal, un acuerdo de divorcio por escrito, un acuerdo de separación por escrito o una orden judicial.

El término *cónyuge* se refiere una persona que es tratada como su cónyuge, debido a un matrimonio que se reconoce como tal a los fines de la ley federal de impuestos sobre la renta, que actualmente incluye cualquier matrimonio que se reconozca como un matrimonio válido en el Estado, Distrito, territorio o jurisdicción extranjera en donde se produjo el matrimonio.

Dependiente para los Propósitos del Impuesto Federal Sobre la Renta

Para determinar si alguien es su *dependiente para los propósitos del impuesto federal sobre la renta*, esto se hace bajo las reglas del Servicio Interno de Rentas (IRS). Para obtener detalles sobre los requisitos para que alguien sea su dependiente a los fines del impuesto federal sobre la renta, consulte la Publicación 501 del IRS (disponible en línea en www.irs.gov/pub/irs-pdf/p501.pdf). Cualquier persona a la que pueda determinar como su dependiente en una declaración de impuesto federal sobre la renta será elegible como su *dependiente para los propósitos de impuesto federal sobre la renta* según el Plan. Sin embargo, para los fines de los beneficios de salud de este Plan, tenga en cuenta que incluso si el miembro de su familia no calificara como su dependiente para los fines del impuesto federal sobre la renta según las reglas del IRS, solo porque (1) usted es un dependiente de otra persona, o (2) esta persona presenta una declaración conjunta de impuestos sobre la renta con otra persona para el año en curso, o (3) el ingreso de dicha persona es demasiado alto para que usted pueda determinarle como dependiente en su declaración de impuestos, ese familiar sigue siendo considerado como su *dependiente para los propósitos de impuesto federal sobre la renta* a los fines de los requisitos de elegibilidad para dependientes del Plan.

Además, al determinar si su hijo es su *dependiente para los propósitos del impuesto federal sobre la renta*, se aplica una regla especial en casos de divorcio o separación legal, o si usted y el otro padre de su hijo viven separados durante los últimos seis meses del año calendario, si es que usted o el otro padre del menor tienen la custodia del menor y, de hecho, tienen derecho a reclamar al menor como dependiente a efectos fiscales. En esos casos, siempre que usted y el otro padre (y sus cónyuges actuales, si los hubiere) proporcionen al menos la mitad de la manutención de su hijo, para el año calendario aplicable, el niño puede ser considerado como su *dependiente para los propósitos de*

impuesto federal sobre la renta a los fines de los beneficios de salud del Plan.

Una persona que califique de otro modo como su dependiente elegible, no estará cubierta bajo ninguna cobertura que brinde beneficios a los dependientes, a menos que haya elegido pagar y haya pagado las contribuciones adicionales requeridas, si las hubiera, para la cobertura de dependientes. Además, a menos que la ley exija lo contrario, tenga en cuenta que su cónyuge o hijo no calificarán como dependientes elegibles mientras estén en servicio activo en las fuerzas armadas de cualquier país.

Usted es responsable de determinar si alguien califica como su cónyuge o dependiente a los efectos de las reglas de elegibilidad de los dependientes del Plan, sujeto a la aprobación final del Empleador. El Empleador puede exigirle que proporcione pruebas de que una persona cumple con todos los requisitos de elegibilidad del Plan. Además, si en algún momento durante un Año del Plan, su cónyuge o dependiente deja de ser elegible para la cobertura, usted es responsable de notificar al Empleador sobre ese cambio en la elegibilidad.

Si usted y su cónyuge o dependiente elegibles son empleados del Empleador y cada uno de ustedes cumple con los requisitos de elegibilidad del Plan para participar en el Plan como empleados, puede elegir cobertura médica, dental o de la vista solo para empleados, o uno de ustedes puede elegir cobertura familiar (o para empleado y cónyuge o dependiente). Sin embargo, ningún empleado puede estar cubierto bajo la cobertura médica, dental y de la vista del Plan como cónyuge o dependiente de otro empleado al mismo tiempo que él o ella también está cubierto por el Plan como empleado/participante.

Para cualquier cobertura de seguro ofrecida bajo el Plan, los términos del contrato de seguro, en lugar de esta sección de "Elegibilidad de los Dependientes", determinarán si una persona es su dependiente para los fines de ese beneficio (si hay alguna diferencia entre el idioma de esta sección de Elegibilidad de los Dependientes y los términos del contrato). Los Manuales de Beneficios que se le proporcionan con este Resumen, incluirán cualquier requisito de elegibilidad de dependiente adicional o diferente que se aplique para cualquier cobertura asegurada.

Todas las Órdenes de Cobertura Médica Calificada para Niños que requieren que el Plan proporcione cobertura para "Receptores Alternos" serán respetadas por el Plan de acuerdo con la ley aplicable. (Estas órdenes son un tipo de orden emitida por un tribunal o por una agencia administrativa que brinda cobertura a los hijos de los participantes del Plan). Como lo exige la ley aplicable, el Plan utiliza los procedimientos para determinar si una Orden Judicial de Provisión de Cobertura Médica para Niños es una "Cobertura Médica Calificada para Niños" que debe ser respetada por el Plan. Si lo solicita al Administrador del Plan, puede recibir, sin cargo alguno, un resumen de estos procedimientos.

Participación

(a) Período Inicial de Selección. Si aún no es un participante en el Plan, para ser un participante en su Fecha de Participación, debe ser un empleado activo del Empleador al momento de su Fecha de Participación, y debe completar y enviar un Formulario de Selección inicial al Administrador del Plan (o completar un proceso de inscripción electrónico designado, si está disponible) antes de su Fecha de Participación y durante el período designado por el Administrador del Plan como su "período de inscripción" inicial. Solo para fines de beneficios médicos, se le tratará como un empleado activo en su Fecha de Participación, incluso si se

ausenta del trabajo debido a una condición de salud (según lo determine el Empleador).

Sus selecciones de beneficios realizadas durante su período de inscripción inicial entrarán en vigencia desde su Fecha de Participación hasta el último día del Año del Plan, en el que cambia su selección de beneficios inicial (consulte la subsección (b) a continuación) o hasta que reciba un Cambio de Estado (consulte la subsección (c) a continuación), ejerza un derecho de Período de Inscripción Especial (consulte la subsección (e) a continuación) o califique para cambiar sus selecciones por otros motivos (consulte la subsección (d) a continuación).

Si no completa y envía correctamente un Formulario de Selección al Administrador del Plan durante su período de selección inicial, no participará en el Plan.

(b) Períodos de Selección después del Período de Selección Inicial. Después de completar el Formulario de Selección inicial, su selección de beneficios inicial permanecerá vigente indefinidamente o hasta que reciba un Cambio de estado (consulte la subsección (c) a continuación), ejerza un derecho sobre el Período de Inscripción Especial (consulte la subsección (e) a continuación) o califique para cambiar sus selecciones por otros motivos (como se describe en la subsección (d) a continuación) o hasta que realice una nueva selección de beneficios al solicitar, completar y enviar un nuevo Formulario de Elecciones al Administrador del Plan para el próximo Año de Plan, durante el período anterior al Año de Plan designado por el Administrador del Plan como el "período de selección" anual del Plan. Su nueva selección de beneficios se hará vigente desde el primer día del Año del Plan después del período de selección en el que realizará su nueva selección de beneficios hasta que la cambie durante un período de selecciones posterior, o reciba un Cambio de Estado, ejerza un derecho de Inscripción Especial o califique de otra manera para hacer un cambio de selección que esté permitido en el Plan. Sin embargo, este traspaso automático de selecciones anteriores no se aplica a sus selecciones con respecto a la participación en la cuenta de gastos flexibles de atención médica del Plan, o la cuenta de gastos flexibles de atención a dependientes. Si no completa y envía un nuevo Formulario de Selección para estos beneficios, no recibirá cobertura.

El Empleador, a su discreción, puede determinar que no ofrecerá un "período de selección" anual para el próximo año de plan. Si el Empleador determina que no habrá un "período de selección" anual o inscripción abierta para el próximo año, las selecciones que realizó en su Formulario de Selección más reciente se transferirán para el próximo año. Aún podrá realizar cambios en su selección si usted o sus dependientes reciben un Cambio de estado, ejercen un derecho de Período de Inscripción Especial o califican para realizar un cambio por otros motivos, como se describe a continuación.

Además, aunque sus selecciones de beneficios normalmente se traspasarán de un Año de Plan al siguiente como se describe anteriormente, el Empleador puede anunciar, antes del inicio de un Año de Plan, que se requerirán nuevas selecciones para que todos los empleados elegibles participen en los beneficios del próximo Año de Plan. En tales casos, se anunciará un período especial de selección requerido para que todos los empleados elegibles realicen nuevas selecciones, que entrarán en vigor al comienzo del próximo Año de Plan. Un empleado que no realice una selección de los beneficios disponibles para el siguiente Año de Plan, durante ese período especial de elección requerido, dejará de participar en el Plan al final del Año de Plan, cuando se produce el período de elección especial requerida.

(c) Cambios de Selección para Reflejar el Cambio de Estado. Si actualmente está participando en el Plan, puede, con la aprobación del Administrador del Plan y sujeto a los

requisitos que se describen a continuación, y cualquier condición o restricción que pueda imponer cualquier compañía de seguros que proporcione beneficios en virtud del Plan, cambiar sus selecciones presentando un Formulario de Cambio de Estado dentro de los 30 días posteriores a un evento de Cambio de Estado. Si actualmente no participa en el Plan pero ha cumplido con todos los requisitos para ser elegible para participar (excepto que no tiene una selección de beneficios actual), con la aprobación del Administrador del Plan y sujeto a los requisitos descritos a continuación y cualquier condición o restricción que pueda imponer cualquier compañía de seguros que proporcione beneficios en virtud del Plan, puede convertirse en participante al presentar un Formulario de Selección y un Formulario de Cambio de Estado dentro de los 30 días posteriores al Cambio de Estado.

Bajo la ley aplicable, para que se le permita realizar un cambio en sus selecciones de beneficios debido a un Cambio de estado, el Cambio de estado debe resultar en que usted o su cónyuge o dependiente ganen o pierdan la elegibilidad para esa cobertura u otra cobertura similar bajo el Plan, un plan patrocinado por otro empleador por el cual usted está empleado, o un plan patrocinado por el empleador de su cónyuge u otro dependiente. (Para los beneficios de la cuenta de gastos flexibles para la atención médica de dependientes, también se le permite hacer un cambio de selección si un Cambio de Estado aumenta o disminuye sus gastos atención médica de dependientes elegibles, y el cambio de selección corresponde al cambio en los gastos).

Cualquier cambio que desee realizar en sus selecciones de beneficios debe ser consistente con el cambio de estado que ocurrió. El Empleador determinará si, bajo la ley aplicable, un cambio solicitado (o una nueva selección) es consistente con el Cambio de Estado realizado. Por ejemplo, si usted es elegible para la cobertura de salud ofrecida por el empleador de su cónyuge, porque se han casado o porque su cónyuge cambia de empleador, puede cancelar su cobertura de salud bajo este Plan solo si certifica al Empleador que realmente se ha inscrito o tiene la intención de inscribirse en el otro plan. Según la ley aplicable, no sería consistente con el Cambio de estado si simplemente cancelara la cobertura de este Plan sin inscribirse en el otro plan.

En general, sus nuevas selecciones entrarán en vigencia tan pronto como sea posible después de la fecha en que complete y envíe el Formulario de Cambio de Estado y las selecciones sean aprobadas por el Administrador del Plan, y se hagan efectivas para la cobertura de la cuenta de gastos flexibles de atención médica o la cuenta de gastos flexibles de atención médica de dependientes, por el saldo del Año de Plan en el que se realiza la nueva selección o, para todas las demás coberturas, hasta que cambie sus selecciones de acuerdo con la Sección titulada “Períodos de Selección Después del Período de Selección Inicial” o si recibe otro Cambio de Estado.

Recibirá un Cambio de Estado si:

- (1) hay cambios en su estado civil, incluyendo los cambios a causa del matrimonio, la muerte de su cónyuge, el divorcio o la disolución legal;
- (2) hay un evento que cause que obtenga o pierda a un dependiente;
- (3) usted, su cónyuge o su dependiente terminan o comienzan un empleo;
- (4) experimenta un aumento o una reducción en las horas laborales (incluyendo un cambio de un empleo a tiempo parcial a uno a tiempo completo, una huelga o un

cierre patronal, o el comienzo o el final de una licencia de ausencia no remunerada);

(5) usted, su cónyuge o su dependiente se vuelven elegibles o pierden la elegibilidad para la cobertura de un plan ofrecido por su empleador respectivo debido a un cambio en el estado de empleo (por ejemplo, si su dependiente cambia de un empleo pagado por horas, a un empleo asalariado, y el plan médico del empleador del dependiente solo cubre empleados asalariados);

(6) ocurre un evento que hace que su dependiente cumpla o deje de cumplir con los requisitos de cobertura debido a la edad o circunstancias similares;

(7) para los fines de los beneficios de la cuenta de gastos flexibles para la atención médica de dependientes, hay un evento que cambia el número de sus dependientes menores de 13 años o que están mental o físicamente incapacitados; o

(8) para cualquier selección realizada después de impuestos, experimenta cualquier evento que, a criterio exclusivo del Administrador, califique como un Cambio de estado.

(d) Otros Cambios de Selección. Salvo que se indique lo contrario a continuación, si tiene derecho a un cambio de selección de los descritos a continuación, debe solicitar el cambio dentro de los 30 días posteriores a la fecha en que surja su derecho a cambiar su selección (según lo determine el Administrador del Plan, a su discreción).

(i) Ordenes Jurídicas que Requieren Cobertura. Si está sujeto a una sentencia, decreto u orden resultante de un divorcio o procedimiento similar que requiere que proporcione cobertura médica para su hijo, para usted o, si lo exige la orden, el Administrador del Plan, puede cambiar sus selecciones de cobertura de salud (en la medida permitida por el Administrador del Plan, a su discreción) para proporcionar dicha cobertura, y usted, o si lo requiere la Orden, o el Administrador del Plan, puede cambiar el monto de sus contribuciones de reducción de salario para cubrir el costo de dicha cobertura. Si su excónyuge u otra persona debe proporcionar cobertura para su hijo de acuerdo con dicha sentencia, decreto u orden, y usted proporciona evidencia al Empleador de que dicha cobertura se proporciona realmente, sujeto a la aprobación del Empleador, se le permitirá cambiar su selección para dejar de proporcionar cobertura médica a su hijo.

(ii) Inscripción en Medicare o Medicaid. Si usted o su cónyuge o dependiente se inscriben en Medicare o Medicaid, sujeto a la aprobación del Empleador, puede cambiar su selección para cancelar o reducir la cobertura médica para esa persona. Si usted o su cónyuge o dependiente pierde la elegibilidad para Medicare o Medicaid, nuevamente sujeto a la aprobación del Empleador, puede cambiar su selección para comenzar o aumentar la cobertura médica para esa persona.

(iii) Pago por la cobertura COBRA (Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria). Si usted o su cónyuge o dependiente se vuelven elegibles para la cobertura de salud continua bajo el plan de salud del Empleador según lo dispuesto en COBRA o una ley estatal similar, puede cambiar su selección para pagar esa cobertura de COBRA con contribuciones de reducción de salario.

(iv) Permiso de Ausencia por Ley de Licencia Familiar y Médica (FMLA). Si

se toma una licencia conforme a la Ley de Licencia Familiar y Médica de 1993 (FMLA), puede realizar ciertos cambios en las selecciones permitidos por el Empleador de acuerdo con la FMLA.

(e) Períodos de Inscripción Especiales para Empleados y Dependientes. Si rechaza la inscripción en las opciones de cobertura de salud del Plan para usted o sus dependientes (incluyendo su cónyuge), debido a otro seguro de salud o cobertura de plan de salud grupal, pueden inscribirse usted y sus dependientes bajo las funciones de cobertura de salud del Plan si usted o sus dependientes pierden la elegibilidad para esa otra cobertura (o si un empleador deja de contribuir a su otra cobertura o la de sus dependientes). Sin embargo, debe solicitar la inscripción dentro de los 30 días posteriores a la finalización de su otra cobertura o la de sus dependientes (o después de que el empleador deje de contribuir a la otra cobertura).

Además, si tiene un nuevo dependiente como resultado de un matrimonio, nacimiento, la adopción o el cuidado temporal, es posible que pueda inscribirse usted y sus dependientes. Sin embargo, debe solicitar la inscripción dentro de los 30 días posteriores al matrimonio, nacimiento, adopción o cuidado temporal (90 días en el caso de la adición de un cónyuge o hijo que no genere un aumento en su contribución).

Si usted o su dependiente elegible están cubiertos por Medicaid o un Programa Estatal de Seguro de Salud Infantil (CHIP) y esa cobertura finaliza, es posible que pueda inscribirse usted y cualquier dependiente afectado bajo la cobertura médica de este Plan. Debe solicitar la inscripción dentro de los 60 días posteriores a la finalización de la cobertura de Medicaid o CHIP. Además, si usted o su dependiente elegible se vuelven elegibles bajo Medicaid o un plan estatal CHIP para recibir asistencia financiera para pagar la cobertura de salud bajo este Plan, puede inscribirse usted y cualquier dependiente afectado en este Plan. Debe solicitar la inscripción dentro de los 60 días posteriores a la fecha en que una agencia gubernamental determina que usted es elegible para esa asistencia financiera.

Para solicitar una inscripción especial u obtener más información, comuníquese con el Administrador del Plan en la dirección que se proporciona en este Resumen.

Terminación de la Participación

Salvo que se indique lo contrario a continuación, la cobertura para un participante generalmente termina en la primera de las siguientes fechas:

- (a) El día en que el participante termina su empleo.
- (b) Excepto por ciertos permisos de ausencia, el día en que el participante deja de calificar como empleado elegible del Empleador o participante.
- (c) Para cualquier cobertura que requiera contribuciones de los participantes, si esas contribuciones se suspenden, el último día del período para el cual se pagan las contribuciones del participante.
- (d) Excepto en la medida en que lo exija la ley, el día en que el participante se reporte para el servicio activo como miembro de las fuerzas armadas de cualquier país.
- (e) El día en que todos los beneficios, o los beneficios aplicables, se terminen mediante la enmienda del Plan, por la terminación total o parcial del Plan o la interrupción de las contribuciones por parte de un Empleador.

La cobertura para un dependiente elegible de un participante generalmente termina en la primera de las siguientes fechas:

- (a) El día en que el participante termina su empleo.
- (b) Excepto por ciertos permisos de ausencia, el día en que el participante deja de calificar como empleado elegible del Empleador o participante.
- (c) Para cualquier cobertura que requiera contribuciones de los participantes, si esas contribuciones se suspenden, el último día del período para el cual se pagan las contribuciones del participante.
- (d) Excepto en la medida que lo exija la ley, el día en que el dependiente elegible se reporta para el servicio activo como miembro de las fuerzas armadas de cualquier país.
- (e) El día en que todos los beneficios, o los beneficios aplicables, se terminen mediante la enmienda del Plan, por la terminación total o parcial del Plan o la interrupción de las contribuciones por parte de un Empleador.
- (f) El día en que el dependiente elegible deje de ser un dependiente elegible.

La cobertura bajo el Plan también puede ser cancelada para cualquier persona (o cualquier empleado o dependiente cubierto bajo la misma cobertura familiar que esa persona) que participe en un fraude o que haga una declaración falsa importante sobre los hechos relacionados con la cobertura. Por ejemplo, si alguien a sabiendas presenta una reclamación de beneficios por servicios médicos o suministros que en realidad no se proporcionaron, eso se consideraría un fraude y daría lugar a la finalización de la cobertura. Un ejemplo de una tergiversación material de un hecho incluiría a un empleado que firma un formulario de inscripción que indica que una persona es elegible para la cobertura como dependiente en un

momento en que el empleado sabe que la persona no califica como su dependiente. En tales casos, la cobertura puede terminarse retroactivamente, si corresponde, según los detalles.

Para la cobertura que está sujeta a la Ley de Atención Médica Asequible, una terminación retroactiva de la cobertura puede ocurrir solo en dos situaciones. Primero, como se indicó anteriormente, si no realiza ninguna contribución requerida para cubrir el costo de la cobertura dentro del plazo establecido, la cobertura se cancelará retroactivamente hasta el final del período para el cual se realizaron las contribuciones requeridas. También puede ocurrir una terminación retroactiva si usted o su dependiente (o cualquier persona que busque cobertura para usted o su dependiente) se involucra en un fraude con respecto al Plan, o hace una tergiversación intencional de un hecho material. En ese caso, el Plan proporcionará un aviso por escrito con al menos 30 días de anticipación a cualquier persona que se verá afectada por la terminación retroactiva de la cobertura.

La cobertura bajo el Plan puede extenderse después de la fecha en que el participante dejaría de ser participante debido a cualquiera de las disposiciones anteriores si, en esa fecha, el participante está totalmente incapacitado por una enfermedad o lesión y se encuentra bajo la atención de un médico. Sin embargo, esta extensión de cobertura se aplica solo a la discapacidad y cualquier enfermedad o lesión relacionada (según lo determine el Empleador). Dicha cobertura extendida está sujeta a todos los términos de este Plan. En tales casos, la cobertura extendida finalizará en la fecha más temprana de (i) la fecha en que el participante ya no esté totalmente discapacitado, (ii) la fecha en que el participante sea elegible para otra cobertura de salud bajo otro plan de salud grupal o Medicare o (iii) 90 días a partir de la fecha en que el participante dejaría de ser participante en base a los eventos de Terminación de la Participación mencionados anteriormente.

Además, si su empleo se termina debido a un despido, continuará participando en el Plan por 30 días adicionales después de la fecha en que su participación termine.

Si su cobertura termina bajo ciertas condiciones, es posible que tenga derecho a elegir la cobertura de continuación para ciertos beneficios ofrecidos bajo el Plan. Para obtener más detalles, consulte las secciones "Derechos de Continuación y Conversión" y "Aviso de COBRA" de este Resumen.

Además, si se da por terminada la licencia de ausencia con el Empleador debido al servicio militar, y su cobertura (para usted y su cónyuge o dependientes cubiertos) terminaría, puede optar por continuar con la cobertura del Plan en la medida que lo exija la Ley de Derechos de Empleo y Reempleo de los Servicios Uniformados de 1994 (USERRA). Se le solicitará que pague por dicha cobertura una cantidad determinada según USERRA. (Si su licencia es por un período de 30 días o menos, deberá pagar solo el monto que los empleados activos pagan por una cobertura similar). Esta cobertura de continuación es básicamente idéntica a la cobertura de continuación descrita en la sección de aviso de COBRA de este Resumen, y puede finalizar por cualquiera de los motivos por los cuales la cobertura de continuación de COBRA terminaría, excepto que el período máximo de cobertura es diferente. Específicamente, tenga en cuenta que la cobertura de continuación de USERRA finalizará a más tardar el primero de los siguientes días: (1) el último día del período de 24 meses a partir de la fecha en que comience su permiso de ausencia militar; o (2) el día después de la fecha en la que no cumpla con solicitarla o regrese a un puesto de trabajo con el Empleador. Comuníquese con el Empleador si tiene preguntas sobre la cobertura durante los períodos de servicio militar.

Resumen de Beneficios Disponibles

Los siguientes beneficios están disponibles bajo el Plan. Cualquier contribución de reducción de salario que deberá realizar para obtener cualquier beneficio seleccionado, será determinada por el Empleador y se le comunicará ocasionalmente. Tenga en cuenta que todas las selecciones y beneficios en virtud del Plan están sujetas a una serie de normas legales. Si alguna de estas reglas lo afecta o requiere un cambio en sus selecciones o beneficios, se le notificará.

Cobertura de Medicamentos Recetados y de la Vista. Si es elegible para participar en el Plan, puede comprar una cobertura de medicamentos recetados y de la vista. Una descripción detallada de esta cobertura aparece en los Manuales de Beneficios que se le entregan con este Resumen. Cualquier contribución de reducción de salario que deberá realizar para obtener los beneficios será determinada por el Empleador y le será comunicada ocasionalmente. La cobertura médica bajo el Plan cumplirá con los requisitos de cirugía reconstructiva de la Ley de Derechos de Salud y Cáncer de la Mujer de 1998

Cobertura dental. Si es elegible para participar en el Plan, puede comprar una cobertura dental. Una descripción detallada de esta cobertura aparece en los Manuales de Beneficios que se le entregan con este Resumen. Cualquier contribución de reducción de salario que deberá realizar para obtener los beneficios será determinada por el Empleador y le será comunicada ocasionalmente.

Seguro de Vida/Cobertura de Muerte Accidental y Desmembramiento (AD&D). Si es elegible para participar en el Plan, recibirá la cobertura del seguro de vida/muerte accidental y desmembramiento (AD&D, por sus siglas en inglés) exclusivo del Empleador. Una descripción detallada de esta cobertura aparece en los Manuales de Beneficios que se le entregan con este Resumen.

Cobertura de Discapacidad a Largo Plazo. Si usted es un empleado asalariado y es elegible para participar en el Plan, recibirá la cobertura por discapacidad a largo plazo del Empleador, por cuenta de este. Una descripción detallada de esta cobertura aparece en los Manuales de Beneficios que se le entregan con este Resumen.

Si es elegible para la cobertura por discapacidad a largo plazo, tiene la opción de recibir cobertura como un beneficio libre de impuestos pagado por el empleador, o de tratarlo como un beneficio después de impuestos. Si elige recibir la cobertura como un beneficio libre de impuestos, eso significa que no tiene que pagar impuestos sobre la renta y la nómina (y es posible que no tenga que pagar impuestos estatales) sobre el monto que el empleador paga por la cobertura. Sin embargo, si se vuelve elegible para recibir beneficios por discapacidad durante el período de cobertura, generalmente estará sujeto a impuestos sobre esos pagos de beneficios. Bajo la otra opción, si elige recibir la cobertura como un beneficio después de impuestos, se le considerará como que recibe el valor de la cobertura como un beneficio sujeto a impuestos, por lo que estará sujeto al impuesto sobre la renta y sobre la nómina, sobre la cantidad que el Empleador paga por la cobertura. Sin embargo, si usted es elegible para recibir beneficios por discapacidad durante ese período de cobertura, cualquier pago de beneficios que reciba generalmente no estará sujeto a impuestos. Debe consultar con un asesor financiero si tiene preguntas sobre cómo debe pagar la cobertura de discapacidad a largo plazo.

Cobertura de Discapacidad a Corto Plazo. Si usted es un empleado por horas y es elegible para participar en el Plan, recibirá la cobertura de discapacidad a corto plazo por cuenta del

Empleador. Una descripción detallada de esta cobertura aparece en los Manuales de Beneficios que se le entregan con este Resumen.

Cobertura del Programa de Asistencia al Empleado. Si es elegible para participar en el Plan, recibirá la cobertura del programa de asistencia para empleados por cuenta exclusiva del Empleador. Una descripción detallada de esta cobertura aparece en los Manuales de Beneficios que se le entregan con este Resumen.

Cuenta de Gastos Flexibles para el Cuidado de la Salud. Las selecciones de cuenta de gastos flexibles se administran en función del Año de Plan en el año calendario. Si usted es elegible para participar en el Plan, puede elegir tener contribuciones de reducción de salario, por un monto total que no exceda de \$2,700 (para el año calendario 2019). El monto máximo de contribución del Plan es requerido por la ley federal. La cantidad máxima es ajustada por el Servicio de Rentas Internas (IRS) cada año en función de la inflación. El monto máximo de contribución del Plan también se ajustará automáticamente cada año en función del nuevo máximo anunciado por el IRS.

El Empleador también puede hacer contribuciones a una Cuenta de Gastos Flexibles (FSA) de Salud para cada empleado que se inscriba en la cobertura médica bajo el Plan durante el período de inscripción abierta anual del Plan, y que elija contribuir con la FSA de Salud. Para el Año del Plan 2019, el Empleador automáticamente hará contribuciones del Empleador a una FSA de Salud, para dichos participantes, igual a \$100 para cualquier Empleado que se inscriba en la cobertura médica individual para el Año del Plan, o \$ 300 para cualquier Empleado que se inscriba en la cobertura familiar bajo el Plan. Para años posteriores, el Empleador se reserva el derecho de aportar montos diferentes o ningún monto, según se comunique a los Empleados elegibles durante cada periodo anual de inscripción abierta. Las contribuciones del empleador a su FSA de salud se acreditan incluso si usted no elige hacer sus propias contribuciones a la FSA de salud. Si elige hacer sus propias contribuciones, la contribución del Empleador simplemente aumenta la cantidad disponible bajo la FSA de Salud, y no reduce la cantidad que puede aportar. Las contribuciones del empleador están sujetas a todas las reglas que se aplican a las contribuciones de reducción de salario de los empleados según la FSA de salud, como se describe en esta sección y en otros documentos disponibles para los empleados. Las contribuciones del empleador se proporcionan solo para los Empleados elegibles que se inscriben en la cobertura médica durante el período de inscripción abierta aplicable y no se realizan para ningún Empleado que se inscriba en la FSA de salud después del inicio del año calendario.

Si no usa todo el saldo de su Cuenta de Gastos Flexibles (FSA) de salud con los gastos incurridos al final del Año del Plan, también hay un "período de gracia" que dura dos meses y medio después de la finalización del Año del Plan (es decir, hasta el 15 de marzo del próximo año calendario). Los gastos elegibles incurridos durante el período de gracia también pueden ser reembolsados. El período de gracia se aplica solo si aún es participante en la FSA de salud el último día del Año del Plan. Seguirá siendo tratado como participante en la FSA de salud para este propósito si eligió la cobertura de continuación de COBRA bajo la FSA de salud y esa cobertura de COBRA está vigente el último día del Año del Plan. Si su participación en la FSA de salud finaliza antes de que concluya el Año del Plan, no habrá un período de gracia.

En general, los gastos médicos elegibles son gastos en los que usted o su dependiente (determinados como se describen a continuación) han incurrido, que no están cubiertos por ningún plan o cobertura médica provista por el empleador, que cumplen con la

definición de gastos médicos del Código de Rentas Internas (incluyendo los medicamentos recetados obtenidos legalmente o insulina), y que no se han tomado como deducción en ningún año. Como lo exige la ley, la FSA de salud no reembolsa los gastos de medicamentos de venta libre (aparte de la insulina), a menos que el medicamento haya sido recetado por un médico u otro proveedor de atención médica calificado.

Normalmente, los gastos son reembolsables solo si ya ha incurrido en los mismos (es decir, si ya ha recibido los servicios, medicamentos o suministros a los que se aplica el gasto). Sin embargo, los gastos elegibles para los servicios de ortodoncia que usted paga antes de que se presten realmente los servicios, se pueden reembolsar en el momento en que se efectúe el pago anticipado, pero solo en la medida en que deba realizar el pago anticipado para recibir los servicios.

Para los propósitos de los reembolsos de la FSA de salud, “dependiente” incluye:

- (1) su cónyuge;
- (2) su hijo biológico, adoptado, hijastro o su niño para cuidado temporal elegible, si el niño tiene menos de 27 años el último día del año calendario en el que se incurre en el gasto (incluso si el niño no es su dependiente a efectos fiscales); y
- (3) cualquier persona que se espera que sea su *dependiente para propósitos de impuesto sobre la renta* (como se define a continuación) para el año calendario en el que se incurre en el gasto.

Para obtener detalles sobre los requisitos para que alguien sea su *dependiente para propósitos de impuesto sobre la renta*, consulte la Publicación 501 del Servicio de Rentas Internas (IRS) (disponible en línea en www.irs.gov/pub/irs-pdf/p501.pdf). Cualquier persona a la que pueda reclamar como su dependiente en una declaración de impuestos sobre los ingresos, será elegible como su dependiente para los fines del impuesto federal sobre la renta para los beneficios de una Cuenta de Gastos Flexibles (FSA) de Salud. Sin embargo, para los propósitos de la FSA de salud, tenga en cuenta que incluso si su familiar no calificara como su *dependiente para propósitos de impuesto federal sobre la renta* según las reglas del IRS, solo porque (1) usted es un dependiente de otra persona, o (2) él o ella presenta una declaración de impuestos conjunta con otra persona para el año en curso, o (3) su ingreso es demasiado alto para que usted pueda determinarle como dependiente en su declaración de impuestos, ese miembro de la familia aún se considera su *dependiente para propósitos de impuesto federal sobre la renta* para los efectos de la FSA de Salud. El Administrador del Plan siempre tiene el derecho de exigir la documentación indicando que una persona califica como su cónyuge o dependiente para fines de la FSA de salud, y de negar los beneficios si no proporciona la documentación adecuada cuando sea necesario. Si tiene alguna pregunta sobre si una persona califica como su dependiente para los fines de la FSA de salud, debe consultar a un asesor fiscal.

Para recibir un reembolso de su FSA de salud, debe enviar al Administrador del plan una solicitud de reembolso en un formulario proporcionado por el Administrador del plan. También debe proporcionar evidencia de la cantidad, naturaleza y pago del gasto médico subyacente por el cual se solicita el reembolso, según lo requiera el Administrador del Plan. A menos que el Administrador del Plan designe una fecha posterior, debe enviar sus solicitudes a más tardar el 15 de abril siguiente al final del año calendario (o período de gracia) en el que se incurrió en los gastos. Sin embargo, si deja de participar en la FSA de salud (debido a que su empleo termina o

por cualquier otro motivo) antes de que finalice el Año del Plan, debe enviar todas las solicitudes de reembolso al administrador del plan a más tardar 60 días después de que deje de ser participante en la FSA de Salud.

Tenga en cuenta que los montos retenidos en su Cuenta de Gastos Flexibles (FSA) de salud, para los cuales no se ha recibido una solicitud válida de reembolso antes de la fecha límite descrita anteriormente, se perderán.

Elegibilidad para la Cuenta de Ahorros para la Salud

Debe tener en cuenta que, si usted o su cónyuge o un dependiente elegible desean ser elegibles para realizar contribuciones a la Cuenta de Ahorros de Salud (HSA), su participación en la FSA de Salud (incluyendo la participación automática basada únicamente en las contribuciones del Empleador) podría hacer que usted, su cónyuge o dependiente no sean elegibles para hacer contribuciones a la HSA. Para evitar ese problema, tiene dos opciones:

(1) Puede elegir, en su Formulario de Selección, excluir a su cónyuge de la elegibilidad para los reembolsos de la FSA de Salud, lo que simplemente significaría que no podría usar la FSA de Salud para reembolsar los gastos incurridos por su cónyuge; o

(2) Puede elegir en su Formulario de Selección que la Cuenta de Gastos Flexibles (FSA) de salud sea tratada como una FSA de salud de "alcance limitado". Si elige esa opción, esa opción se aplicará a usted y a cualquier otro dependiente elegible bajo su FSA de salud. La cantidad contribuida a su FSA de salud de alcance limitado (incluyendo las contribuciones del empleador) generalmente estará disponible para pagar solo los gastos elegibles de atención dental o de la vista. No podría utilizar la FSA de salud para pagar o recibir un reembolso por cualquier otro tipo de gastos.

Distribuciones Calificadas de Reservas

Si lo llaman u ordenan a participar en el servicio activo en un componente de reserva de los Estados Unidos por un período de 180 días o más, o por un período indefinido (o por un período más corto que luego se amplía a 180 días o más), y la cantidad que tiene recibida en reembolsos de su FSA de salud para el Año del Plan es menor que la cantidad que ha contribuido, puede solicitar una Distribución Calificada de Reservas de su saldo no utilizado (la diferencia entre lo que ha contribuido y la cantidad de reembolsos que ha recibido). La distribución generalmente se trataría como una compensación sujeta a impuestos para usted. Debe solicitar la distribución antes del final del período de gracia para el Año del Plan durante el cual se le solicita u ordena el servicio activo. Si solicita una distribución, puede continuar presentando reclamaciones por gastos incurridos antes de realizar su solicitud, pero no puede presentar reclamaciones por gastos incurridos después de esa fecha. Su solicitud debe incluir una copia del documento que le ordena o lo llama al servicio activo (si aún no se le proporcionó al Empleador). Si califica para una Distribución Calificada de Reserva, la distribución se realizará dentro de un período razonable (no más de 60 días) después de que la solicite. Una vez que reciba una distribución igual a la totalidad de su saldo no utilizado, ya no será un participante en la FSA de Salud para ese Año del Plan y no podrá presentar o recibir un reembolso por reclamos adicionales de gastos médicos elegibles. Para solicitar una Distribución Calificada de Reserva, o para obtener más información, debe comunicarse con el Administrador del Plan en la dirección que se proporciona en este Resumen.

Cuenta de Gastos Flexibles para el Cuidado de Dependientes. Si es elegible para participar en el Plan, puede optar por realizar contribuciones de reducción de salario, por un monto total que no exceda los \$5,000 por año calendario o, para los participantes casados que presentan declaraciones por separado, \$2,500 por año calendario, acreditados a su Cuenta de Gastos Flexibles de Salud para Dependientes (FSA para el cuidado de dependientes). Puede recibir los montos de esta Cuenta, en efectivo, como reembolso por gastos relacionados con el empleo incurridos durante el Año del Plan y mientras sea participante en la FSA para el Cuidado de Dependientes. Sin embargo, si no usa todo el saldo de su Cuenta con los gastos incurridos al final del Año del Plan, también hay un "período de gracia" que dura dos meses y medio después del final del Año del Plan (es decir, hasta el 15 de marzo del próximo año del plan). Los gastos elegibles incurridos durante el período de gracia también pueden ser reembolsados. El período de gracia se aplica solo si aún es un participante de la FSA para Cuidado de Dependientes el último día del año del plan. Si su participación en la FSA para Cuidado de Dependientes finaliza antes del final del Año del Plan, no habrá un período de gracia.

El monto de cualquier reembolso por Gastos Relacionados con el Empleo no puede exceder el monto acreditado en su Cuenta en el momento de su solicitud de reembolso. En general, conforme a la ley federal, los Gastos Relacionados con el Empleo son gastos por servicios del hogar y gastos relacionados con la atención de una "Persona Calificada", en los que incurre para poder trabajar.

Una "Persona Calificada" se define bajo la ley federal y actualmente significa alguien que es:

- (1) su hijo (incluyendo un hijastro), hermano, hermana, hermanastro o hermanastra (o un descendiente de alguno de ellos, como su nieto o su sobrina o sobrino) que sea menor de 13 años, que tenga la misma residencia principal que usted por al menos la mitad del año calendario y quien no proporciona al menos la mitad de su propia manutención para el año calendario actual,
- (2) su cónyuge que sea física o mentalmente incapaz de cuidarse a sí mismo y que tenga la misma residencia principal que usted durante al menos la mitad del año calendario, o
- (3) su *dependiente para propósitos de impuesto federal sobre la renta* (como se define a continuación) que sea física o mentalmente incapaz de cuidarse a sí mismo y que tenga la misma residencia principal que usted durante al menos la mitad del año calendario.

Para obtener detalles sobre los requisitos para que alguien sea su *dependiente para propósitos de impuesto sobre la renta*, consulte la Publicación 501 del IRS (disponible en línea en www.irs.gov/pub/irs-pdf/p501.pdf). Cualquier persona a la que pueda determinar cómo su dependiente en una declaración de impuestos federales sobre la renta calificará como su *dependiente para propósitos de impuesto federal sobre la renta* para los beneficios de la FSA para Cuidado de Dependientes. Sin embargo, para los fines de la FSA para el Cuidado de Dependientes, tenga en cuenta que incluso si el miembro de su familia no calificara como su dependiente para los propósitos de impuesto sobre la renta, según las reglas del IRS, únicamente porque (1) usted es un dependiente de otra persona, o (2) él o ella presenta una declaración de impuestos conjunta con otra persona para el año en curso, o (3) su ingreso es demasiado alto para que usted pueda determinarle como dependiente en su declaración de impuestos, se considera

que ese miembro de la familia es su *dependiente para propósitos de impuesto federal sobre la renta* para los beneficios de la FSA para el Cuidado de Dependientes.

El Administrador del Plan siempre tiene el derecho de exigir la documentación que determina que una persona califica como Persona Calificada según las reglas anteriores, y de negar los beneficios si no proporciona la documentación adecuada cuando es necesario, o si el Administrador determina que los gastos de cualquier persona no son elegibles para el reembolso. Si tiene alguna pregunta sobre si una persona califica como su dependiente para los fines de la FSA para el Cuidado de Dependientes, debe consultar a un asesor fiscal. Además, tenga en cuenta que la determinación de si alguien es una Persona Calificada debe realizarse cada vez que se incurre en gastos. Por ejemplo, si su hijo tiene 12 años al comienzo del año calendario, los gastos elegibles para ese niño se pueden reembolsar de acuerdo con la FSA para el Cuidado de Dependientes solo por los servicios prestados antes del cumpleaños número 13 del niño (a menos que el niño sea mental o físicamente incapaz de cuidarse a sí mismo).

El monto de los reembolsos que usted puede recibir de su Cuenta de Gastos Flexibles (FSA) para el Cuidado de Dependientes en condiciones libres de impuestos en un año calendario, no puede exceder el menor de los Ingresos Devengados de usted o de su cónyuge (según se define en el Plan). Cualquier cantidad que reciba en exceso de esa cantidad será sujeta a impuestos. Así, por ejemplo, si tiene \$5,000 en su FSA para Cuidado de Dependientes, y usted y su cónyuge tienen un ingreso devengado de \$20,000 y \$4,000, respectivamente, puede recibir un reembolso de \$4,000 de la cuenta sobre una base libre de impuestos, y será gravado sobre el valor de \$1,000 del reembolso que reciba. Si su cónyuge es estudiante a tiempo completo o es incapaz de cuidarse a sí mismo/a, se considerará que su cónyuge genera Ingresos Devengados por cada mes que él o ella sea estudiante a tiempo completo o esté incapacitado/a. El monto de los ingresos estimados será de \$250 por mes, si usted brinda servicios de atención a una Persona Calificada, o \$500 por mes, si brinda servicios de atención a más de una Persona Calificada.

Los Gastos Relacionados con el Empleo en los que se incurra por servicios fuera de su hogar pueden reembolsarse solo si se incurre en la atención de (i) una Persona Calificada que es un hijo menor de trece años (categoría (1) en la definición anterior de persona calificada) o (ii) otra persona calificada que regularmente pasa al menos ocho horas al día en su hogar. Además, si los servicios son proporcionados por un Centro de Cuidado de Dependientes (como se define a continuación), el Centro debe cumplir con las leyes y regulaciones aplicables de un gobierno estatal o local. Un "Centro de Cuidado de Dependientes" es cualquier centro que brinda atención a más de seis personas que no residen en el centro y recibe una tarifa, pago o subvención para proporcionar servicios a cualquiera de estas personas.

No se realizarán reembolsos por Gastos Relacionados con el Empleo por los servicios prestados para cualquier persona por la que usted o su cónyuge tengan derecho a una deducción en su declaración de impuestos para el año calendario correspondiente, o quién sea su hijo (incluyendo un hijastro o un hijo de cuidado temporal) que será menor a los 19 años al final del año.

Para ser reembolsado de su FSA de Cuidado de Dependientes, debe enviar una solicitud de reembolso al Administrador del Plan en un formulario provisto por el mismo. También debe proporcionar evidencia del monto, la naturaleza y el pago del gasto subyacente por el cual se solicita el reembolso, según lo requiera este. A menos que el Administrador del Plan designe una fecha posterior, debe enviar sus solicitudes a más tardar el 15 de abril siguiente al final del año calendario (o período de gracia) en el que se incurrió en los gastos. Sin embargo, si deja de ser

un participante en la FSA para el Cuidado de Dependientes (porque su empleo termina o por cualquier otro motivo) antes del final del Año del Plan, debe enviar todas las solicitudes de reembolso al Administrador del Plan a más tardar 60 días después de dejar de ser participante en la FSA para el Cuidado de Dependientes.

Tenga en cuenta que los montos retenidos en su FSA de Cuidado de Dependientes para los cuales no se haya recibido una solicitud válida de reembolso dentro del plazo descrito anteriormente, se perderán.

Bajo el Código de Rentas Internas, también puede reducir sus impuestos tomando un crédito tributario para el cuidado de dependientes. Sin embargo, cualquier monto que excluya de los ingresos en virtud de la FSA para el Cuidado de Dependientes reducirá, dólar por dólar, el crédito fiscal disponible. Se adjunta como un Anexo un aviso que explica con más detalle los créditos fiscales para el cuidado de dependientes y las exclusiones de ingresos. El aviso también proporciona una hoja de trabajo para ayudarlo a determinar qué método de reducción de impuestos es más beneficioso para usted.

Los beneficios de la Cuenta de Gastos Flexibles (FSA) para el cuidado de dependientes no están sujetos a la ley federal conocida como ERISA, por lo que la sección "Sus derechos bajo ERISA" de este Resumen no se aplica a estos beneficios.

Derechos de Continuación y Conversión

Si recibe beneficios de atención médica en virtud del Plan, es posible que tenga derecho a continuar recibiendo estos beneficios incluso si finaliza su cobertura normal en virtud del Plan. Además, si alguno de sus beneficios de atención médica se proporciona a través de un seguro, es posible que tenga derecho a convertir su cobertura para esos beneficios de la póliza grupal a una póliza individual. Si desea obtener más información sobre los derechos de continuación o conversión de su atención médica, comuníquese con el Administrador del Plan. Además, revise la siguiente sección con respecto a la cobertura de continuación según la ley federal conocida como Ley Ómnibus de Conciliación Presupuestaria Consolidada (COBRA).

Continuación de la cobertura amparada por Cobra (Aviso de Cobra)

Esta sección sobre el "Aviso de COBRA", correspondiente a la Descripción Resumida del Plan, aplica a los empleados y a sus cónyuges o dependientes cubiertos, que tengan una cobertura de salud amparada por el Plan. Para los propósitos de este aviso, el "Plan" se refiere únicamente a los beneficios en las cuentas flexibles, destinados a la atención médica, cuidados dentales y medicamentos con receta descritos en este resumen; por consiguiente, este aviso no ha sido creado con el objetivo de aplicar a ninguna otra clase de beneficio.

Usted ha recibido este aviso porque está cubierto por un plan grupal de salud ofrecido por el Plan. Este aviso contiene información importante acerca de su derecho a la continuación de la cobertura según COBRA, que no es más que una extensión temporal de la cobertura de este Plan. **Generalmente, en este Aviso se explica la continuación de la cobertura amparada por COBRA; siempre y cuando ésta esté disponible para usted y su familia. Además, se explica lo que usted debe hacer para proteger su derecho a recibir esta continuación.** Tanto usted como su cónyuge (si ambos están casados y su cónyuge está cubierto por el Plan) deben apartar el tiempo necesario para leer cuidadosamente este aviso.

El derecho a la continuación de la cobertura según COBRA fue creado a través de una ley federal denominada Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria de 1985 (COBRA, por sus siglas en inglés). La continuación de la cobertura según COBRA podría estar disponible para usted si, por cualquier motivo, pierde su cobertura grupal de salud. También podría estar disponible para otros miembros de su familia que estén cubiertos por el Plan, en casos en que, normalmente, perderían la cobertura grupal de salud. Para información adicional acerca de sus derechos y obligaciones según el Plan y la ley federal, debe contactar al administrador del Plan a la dirección indicada en este Aviso.

Si pierde su cobertura grupal de salud, es posible que haya otras opciones disponibles para usted. Por ejemplo, usted podría ser elegible para comprar un plan individual a través del Mercado de Seguros Médicos. Al suscribirse a una cobertura a través de este Mercado, usted califica para costos menores en sus primas mensuales y gastos de bolsillo. Adicionalmente, usted podría calificar para un periodo especial de suscripción de 30 días para otro plan grupal de salud para el cual usted sea elegible (como el plan de su cónyuge), incluso si ese plan generalmente no acepta inscripciones tardías).

¿Qué es la continuación de la Cobertura amparada por COBRA?

La continuación de la cobertura amparada por COBRA se refiere a la continuación de una cobertura de salud del Plan, en casos en que, normalmente, la cobertura culminaría. Esta continuación continúa debido a circunstancias conocidas como “eventos calificados”. Los eventos calificados especiales son indicados más adelante. Después de un evento calificado, la continuación de la cobertura amparada por COBRA debe ser ofrecida a cada una de las personas que sea un “beneficiario calificado”. Usted, su cónyuge y sus hijos dependientes podrían convertirse en beneficiarios calificados si usted pierde la cobertura del Plan debido a un evento calificado. Según el Plan, los beneficiarios calificados que opten por la continuación de la cobertura amparada por COBRA deben pagar por esta continuación.

Si usted es un empleado, podría volverse un beneficiario calificado si pierde la cobertura del Plan debido a alguno de los siguientes eventos calificados:

- Reducción de sus horas de empleo; o
- Culminación de su empleo por un motivo que no sea mala conducta.

Si usted es cónyuge de este empleado, usted podría volverse un beneficiario calificado si pierde la cobertura del Plan debido a alguno de los siguientes eventos calificados:

- Muerte de su cónyuge;
- Reducción de las horas de empleo de su cónyuge;
- Culminación del empleo de su cónyuge por un motivo que no sea mala conducta;
- Autorización del acceso de su cónyuge a beneficios de Medicare (Según la Parte A, Parte B, o ambas); o
- Divorcio o separación legal de su cónyuge.

Sus hijos dependientes podrían volverse beneficiarios calificados si pierden la cobertura del Plan debido a alguno de los siguientes eventos calificados:

- Muerte del padre/empleado;
- Reducción de las horas de empleo del padre/empleado;

- Culminación del empleo del padre/empleador por un motivo que no sea mala conducta;
- Autorización del acceso del padre/empleador a beneficios de Medicare (Según la Parte A, Parte B, o ambas);
- Divorcio o separación legal de los padres; o
- Cese de la elegibilidad del hijo para la cobertura como “hijo dependiente”.

¿Cuándo está disponible la continuación de la cobertura amparada por COBRA?

El Plan ofrece la continuación de la cobertura amparada por COBRA a los beneficiarios calificados, únicamente después de que el administrador del Plan haya sido debidamente notificado de que ha ocurrido un evento calificado. Cuando el evento calificado corresponda a la culminación o reducción de las horas de empleo, a la muerte del empleado o a la autorización del acceso del empleado a los beneficios de Medicare; el empleador deberá notificar, al administrador del Plan, que ha ocurrido un evento calificado.

Hay ciertos eventos calificados que deben ser notificados por usted

Para el resto de los eventos calificados (divorcio o separación legal del cónyuge y el empleado, o en caso de que un hijo que pierda la elegibilidad para la cobertura como hijo dependiente), usted debe notificar al administrador del Plan dentro de los 60 días posteriores a: (1) la fecha en que ocurrió el evento calificado; o (2) la fecha en que la cobertura culminaría debido al evento calificado. Lo que ocurra después. Esta notificación debe ser proporcionada, en conjunto con cualquier documento exigido, a:

Miller & Long DC, Inc.
c/o Human Resources Department
4001 Brandywine Street, NW, Suite 400
Washington, DC 20016

Su notificación debe ser proporcionada por escrito, en una carta dirigida al administrador del Plan. Debe incluir en su notificación:

- Su nombre, dirección, número telefónico y número de ID de su plan de salud.
- El nombre, dirección, número telefónico y número de ID del plan de salud del cónyuge o dependiente, cuya elegibilidad se vea afectada por el evento calificado.
- Una descripción del evento calificado y la fecha en que ocurrió.
- La siguiente declaración: “Mediante mi firma en la presente carta, certifico que el evento calificado aquí descrito ocurrió en la fecha indicada en esta carta”.
- Su firma.

Junto con la carta, también debe proporcionar los documentos correspondientes al evento calificado; como por ejemplo, fotocopias de la orden de divorcio o separación legal, donde se muestre la fecha en que inició el divorcio o la separación. Si tiene alguna duda acerca del tipo de documentos necesarios debe contactar al administrador del Plan, a la dirección indicada en este aviso.

Además de aceptar una carta con la información antes descrita, el administrador del Plan, a discreción propia, podría desarrollar y suministrar un formulario que debe ser completado para proporcionar la notificación correspondiente. Si este formulario ya está disponible, usted podrá obtener una copia solicitándolo al administrador del Plan, a la dirección indicada en este Aviso.

¿Cómo se proporciona la cobertura de COBRA?

Una vez que el administrador del Plan reciba la notificación de que ha ocurrido un evento calificado, la continuación de cobertura de COBRA deberá serle ofrecida a cada uno de los beneficiarios calificados. Cada beneficiario calificado tendrá el derecho independiente de elegir la continuación de cobertura de COBRA. Los empleados cubiertos podrían seleccionar la continuación de cobertura de COBRA en nombre de sus cónyuges y, de igual forma, los padres podrán hacerlo en nombre de sus hijos.

La continuación de cobertura de COBRA es temporal. (NOTA: El resto de este párrafo aplica a planes de salud no relacionados a cuentas flexibles de atención médica. Consulte más adelante la sección de “*Normas especiales para cuentas flexibles de atención médica*”). Cuando el evento calificado sea la muerte del empleado, la autorización del acceso del empleado a beneficios de Medicare (Según la Parte A, Parte B, o ambas), su divorcio o separación legal, o la pérdida de elegibilidad de un hijo a la cobertura como hijo dependiente, la continuación de la cobertura amparada por COBRA se extenderá un total máximo de 36 meses. Cuando el evento calificado sea la culminación o reducción de las horas de empleo del empleado, y si el empleado es autorizado a recibir beneficios de Medicare antes de los 18 meses previos al acaecimiento de un evento calificado, la continuación de la cobertura amparada por COBRA para los beneficiarios calificados (excluyendo al empleado) se extenderá un máximo de 36 meses después de que el empleado obtenga la autorización de Medicare. Por ejemplo, si un empleado cubierto recibe el acceso a Medicare dentro de los 8 meses previos a la fecha de culminación de su empleo, la continuación de la cobertura amparada por COBRA para su cónyuge e hijos podrá extenderse un máximo de 36 meses después de la fecha de autorización de Medicare; que es igual a los 28 meses posteriores a la fecha del evento calificado (36 meses menos 8 meses). Cuando el evento calificado corresponda a la culminación o reducción de las horas de trabajo del empleado; la continuación de la cobertura amparada por COBRA generalmente se extiende un total de 18 meses. Hay dos maneras de extender el periodo de 18 meses de continuación de la cobertura amparada por COBRA; de acuerdo con lo descrito en las dos secciones siguientes.

Extensión de los 18 meses de la continuación de cobertura debido a una discapacidad

Si la administración del seguro social determina que usted o un familiar cubierto por el Plan ha quedado incapacitado, y si usted notifica oportunamente esta notificación al administrador del Plan; usted y toda su familia podrían tener derecho a recibir un adicional máximo de 11 meses de continuación de la cobertura amparada por COBRA para un máximo total de 29 meses. La discapacidad tendría que haber iniciado en algún momento previo al 60avo día de la continuación de la cobertura amparada por COBRA y durar, al menos, hasta la culminación del periodo de 18 meses correspondiente a la continuación de la cobertura. Para notificar al administrador del Plan sobre la determinación de una incapacidad, usted debe seguir los mismos procedimientos antes descritos, en la sección titulada “*Hay ciertos eventos calificados que deben ser notificados por usted*”. Esta notificación debe incluir documentos que respalden la decisión tomada por la administración del seguro social, y ser proporcionada dentro de los 60 días posteriores a la fecha de esa decisión o, a más tardar, dentro de los 60 días posteriores a: (1) la fecha en que ocurrió el evento calificado original; o (2) la fecha en que la cobertura tendría que culminar (si no se seleccionase la cobertura de COBRA) debido al acaecimiento del evento calificado.

Extensión de los 18 meses de la continuación de cobertura debido a un segundo evento calificado

Si su familia experimenta otro evento calificado durante los 18 meses correspondientes a la continuación de la cobertura amparada por COBRA; su cónyuge y sus hijos dependientes podrían obtener hasta 18 meses adicionales de continuación de la cobertura, para un total máximo de 36 meses; siempre y cuando se proporcione al administrador del plan la notificación oportuna de que ha ocurrido un segundo evento calificado (siguiendo los mismos procedimientos antes descritos, en la sección titulada “*Hay ciertos eventos calificados que deben ser notificados por usted*”). Esta extensión podría estar disponible para el cónyuge y los hijos dependientes que reciban la continuación de la cobertura si el empleado, actual o antiguo, muere, adquiere el derecho a recibir servicios de Medicare (Según la Parte A, Parte B, o ambas), se divorcia o separa legalmente, o si el hijo deja de ser elegible bajo el Plan como hijo dependiente; pero únicamente si el evento habría provocado que el cónyuge o hijo dependiente perdieran la cobertura del Plan si no hubiese ocurrido el primer evento calificado.

Normas especiales para cuentas flexibles de atención médica

En el caso de las cuentas flexibles para gastos (FSA, por sus siglas en inglés) de atención médica, la continuación de la cobertura de COBRA está disponible, únicamente, si el monto que un beneficiario calificado debe pagar por la cobertura en el año restante del Plan es menor al monto de reembolsos que estarían disponibles para el beneficiario calificado, si selecciona la cobertura de COBRA. Además, incluso si la continuación de la cobertura de COBRA está disponible, lo estará solo durante el resto del año del Plan en que haya ocurrido el evento calificado (además de cualquier periodo de gracia que aplique tras la culminación del año del Plan, según lo descrito en esta Descripción Resumida del Plan; pero únicamente si el beneficiario calificado conserva la vigencia de la cobertura de COBRA hasta el último día del año del Plan). La continuación de la cobertura de COBRA para las FSA no puede extenderse un periodo mayor al indicado, por ningún motivo.

EJEMPLO: Asumamos que un empleado optó por contribuir un total de \$1,200 a su FSA durante el año del Plan y, seis meses después del inicio de ese año del Plan, su empleo culminó. Para ese momento, este empleado ya ha contribuido con \$600 a su FSA a través de deducciones de la nómina. Asumamos que el empleado ya ha recibido \$800 de reembolso por los gastos elegibles que pagó antes de la culminación de su empleo. En ese caso, el beneficio máximo que podría recibir de su cuenta por cualquier gasto elegible incurrido en el resto del año del Plan es de \$400. Sin embargo, si a este empleado se le permite continuar participando en la FSA por el resto del año del Plan, tendría que pagar un total de \$600 (además de un adicional de, aproximadamente, \$12 en primas adicionales permitido por COBRA) para continuar con esa cobertura. En ese caso, el monto que el empleado tendría que pagar (cerca de \$612) es mayor al monto máximo que podría recibir en reembolsos (\$400), por lo que a este empleado no se le ofrecería la continuación de la cobertura de COBRA bajo la FSA. Por otra parte, si el empleado ha incurrido en gastos de \$588 o menos antes de la culminación de su empleo; se le ofrecerá la oportunidad de elegir la continuación de la cobertura de COBRA bajo la FSA para el resto del año del Plan, debido a que su beneficio máximo según el Plan para el resto del año del Plan sería mayor al monto que el empleado tendría que pagar (\$612).

Cualquier fecha límite de presentación, al igual que otras normas para la presentación de solicitudes de reembolso (incluyendo normas de periodos de gracia) bajo las FSA, según lo descrito anteriormente en esta Descripción Resumida del Plan continuará aplicando si usted selecciona la continuación de la cobertura bajo el FSA.

Periodo de elección adicional para la continuación de la cobertura “individuos elegibles según la Ley de Reforma de la Asistencia de Ajuste Comercial (TAA, por sus siglas en inglés)”

Además de las otras normas de COBRA descritas en esta sección, existen otras normas especiales que aplican si usted ha sido clasificado como un “individuo elegible según la TAA” por el Departamento de Trabajo de EE. UU. (Esto aplica, únicamente, si usted califica para recibir asistencia según la Ley de Reforma de la Asistencia de Ajuste Comercial de 2002 debido a que usted quedó desempleado como resultado de un incremento en las importaciones o el cambio de producción a otros países).

Si usted ha sido clasificado por el Departamento del trabajo como un individuo elegible según la TAA, y no selecciona continuar con la cobertura al momento de perderla por primera vez, es posible que califique para un periodo de selección que inicia el primer día del mes, en que usted se vuelve un individuo elegible según la TAA, y que dura 60 días. Sin embargo, en ningún caso este periodo de selección puede extenderse durante más de 6 meses después de la fecha de la pérdida de su cobertura con relación a la TAA. Si selecciona la continuación de la cobertura durante este periodo especial de selección, la continuación de la cobertura iniciará al principio de ese periodo de selección pero, para los fines de los periodos de selección requeridos y descritos en este Aviso, su periodo de cobertura será medido a partir de la fecha de la pérdida de cobertura relacionada a la TAA.

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

Sí. En lugar de suscribirse a la continuación de la cobertura amparada por COBRA, podría haber otras opciones de cobertura disponibles para usted y su familia a través del Mercado de Seguros Médicos, Medicaid u otras opciones de coberturas grupales (como el plan de un cónyuge) mediante lo que se denomina como “periodo especial de suscripción”. Algunas de estas opciones podrían costar menos que la continuación de la cobertura de COBRA. Puede aprender más acerca de muchas de estas opciones visitando www.healthcare.gov.

Si tiene dudas

Cualquier pregunta relacionada a su Plan o a sus derechos de continuación de la cobertura según Cobra debe ser dirigida al contacto o contactos identificados más adelante. Para más información sobre sus derechos según la Ley de Seguridad en los Ingresos de Jubilación de Empleado (ERISA, por sus siglas en inglés), incluyendo COBRA, la Ley de Atención Médica Asequible y la Ley de Protección al Paciente, y otras leyes que afectan los planes grupales de salud; contacte a la oficina distrital o regional más cercana de la Administración de Seguridad y Beneficios para Empleados (EBSA, por sus siglas en inglés) perteneciente al Departamento del Trabajo de EE. UU. o visite www.dol.gov/ebsa. (Las direcciones y números telefónicos de las oficinas distritales y regionales de EBSA están disponibles en la página web de EBSA). Para más información sobre el Mercado de Seguros Médicos, visite www.HealthCare.gov.

Mantenga actualizada la información de su Plan en lo referente a cambios de direcciones

Para proteger los derechos de su familia, es necesario que usted mantenga al administrador del Plan informado de cualquier cambio en las direcciones de sus familiares. También debe mantener una copia, para sus registros personales, de cualquier notificación que envíe al administrador del Plan.

Información de contacto del plan

Si tiene dudas o necesita más información sobre la continuación de la cobertura de COBRA bajo el Plan, por favor contacte al administrador del Plan a la dirección o número telefónico proporcionado en esta Descripción Resumida.

Atención médica de emergencia

Si considera que necesita atención médica de emergencia, no debe privarse de ella por creer que no estará cubierta por el Plan.

Los pacientes y la evaluación de la atención médica

El empleador no asume ninguna responsabilidad por la atención médica reembolsada por el Plan, que sea proporcionada por un médico. Cada uno de los pacientes debe evaluar la calidad de la atención que recibe y actuar según esta evaluación. Ninguna de las disposiciones del Plan contenidas en esta Descripción Resumida o en los documentos del Plan debe ser interpretada como una forma de restringir el acceso o el suministro de servicios médicamente necesarios. La decisión de un paciente de privarse de la atención que necesita no debe estar basada en su interpretación de esta Descripción Resumida o en los documentos del Plan.

Privacidad de la información médica

Para los fines correspondientes a los beneficios de salud ofrecidos por el Plan; el Plan usa y divulga información médica sobre usted y sus dependientes cubiertos, solo si la administración del Plan lo requiere. Para proteger la privacidad de la información médica, el acceso a su información médica está limitado a estos propósitos. Las opciones del Plan de salud ofrecidas cumplen con los requerimientos sobre la privacidad de la información médica, estipulados por las regulaciones federales emitidas por el Departamento de Salud y Servicios Humanos. Las políticas de privacidad del Plan son descritas con mayor detalle en el Aviso del Plan sobre las Prácticas de Privacidad de la Información Médica o en el Aviso de Privacidad. Si usted es un empleado y está cubierto por cualquiera de las opciones de beneficios de salud del Plan, debe haber recibido una copia del Aviso de Privacidad del Plan junto con esta Descripción Resumida (si no recibió uno previamente). Adicionalmente, siempre y a solicitud previa, hay disponible una copia del Aviso actual de Privacidad del Plan. Por favor, contacte al administrador del Plan a la dirección indicada más adelante si desea solicitar una copia del Aviso o si tiene alguna duda acerca de las políticas de privacidad del Plan.

Beneficios médicos posteriores al nacimiento de un hijo

El Plan y toda compañía de seguros médicos que garantice beneficios de salud bajo el Plan, generalmente no puede, según la ley federal, restringir la duración hospitalaria relacionada al nacimiento de un hijo, para la madre o el hijo recién nacido, en un periodo menor a las 48 horas posteriores a un parto por vía vaginal, o menor a las 96 horas posteriores a un parto por

cesárea. Sin embargo, la ley federal no suele prohibir al médico que atiende a la madre o al recién nacido que emita el alta de la madre o del recién nacido antes de que transcurran 48 o 96 horas, según lo aplicable. En cualquier caso, el Plan y cualquier compañía de seguros médicos no puede, en concordancia con lo estipulado por la ley federal, exigir a un proveedor de salud que obtenga autorización del Plan o de la compañía de seguro para prescribir una duración hospitalaria menor a 48 o 96 horas, según corresponda.

Procedimientos de reclamo

El siguiente resumen de los procedimientos de reclamo del Plan ha sido redactado con el fin de reflejar las regulaciones para los procedimientos de reclamo estipulados por el Departamento de Trabajo de EE. UU. y, para ciertos beneficios médicos, los requisitos aplicables de las regulaciones emitidas bajo la Ley de Atención Médica Asequible y debe interpretarse según corresponda. Si surge un conflicto entre este resumen y esas regulaciones; las regulaciones tendrán preponderancia. Adicionalmente, cualquier cambio en las leyes aplicables se aplicará al Plan automáticamente efectivo en la fecha de esos cambios.

Para cualquier beneficio, suelen aplicarse los procedimientos de reclamo del asegurado en lugar de los procedimientos de reclamo descritos en este resumen. Esta sección sobre procedimientos de reclamo incluye descripciones de los requisitos mínimos para procedimientos de reclamo que aplican a los beneficios asegurados, pero los detalles completos sobre las normas de estos procedimientos son descritos en el Manual de Beneficios para Asegurados donde se indican los beneficios asegurados específicos. Si tiene alguna pregunta sobre los procedimientos de reclamo correspondientes a un beneficio asegurado, debe contactar directamente a la aseguradora.

Nótese que, por cada reclamo de un beneficio bajo el Plan que no esté sujeto a ERISA, las regulaciones del Departamento del Trabajo no se aplican. Para esos reclamos (incluyendo aquellos por beneficios por discapacidad temporal o de cuentas flexibles para la atención médica de dependientes) se aplicarán los procedimientos de reclamo descritos en esta sección y que apliquen a beneficios que no sean de salud o discapacidad. Sin embargo, no aplica a este tipo de reclamos cualquier requisito contenido en una notificación emitida por el administrador del Plan (o una aseguradora) y proporcionada al reclamante, con respecto a un derecho amparado por ERISA.

Para recibir beneficios del Plan, debe seguir los procedimientos estipulados por el administrador del Plan y/o la compañía de seguros que tiene la responsabilidad de realizar los pagos particulares de los beneficios para usted. Si usted no sigue los procedimientos de reclamo del Plan, es posible que pierda su derecho a un beneficio bajo el Plan; incluyendo cualquier derecho que pueda tener a presentar una acción legal por sus beneficios.

Determinación adversa

Para los propósitos de esta sección sobre procedimientos de reclamo, una “determinación adversa” hace referencia a una negativa, reducción, culminación o falla por parte del Plan de proporcionar o realizar pagos (totales o parciales) correspondientes a un beneficio; incluyendo cualquier decisión basada en una determinación sobre la elegibilidad de un individuo para participar en un beneficio amparado por el Plan. Para cualquier cobertura sujeta a la Ley de Atención Médica Asequible y para los propósitos relacionados a beneficios por discapacidad, que estén sujetos a ERISA, una “determinación adversa” también incluye la anulación de la

cobertura. Generalmente, una anulación de la cobertura es la culminación retroactiva de la cobertura debido al fraude o tergiversación de un hecho material. Tenga en consideración que la culminación de la cobertura debido a incumplimientos en el pago de cualquier contribución obligatoria no se considera una anulación, y no está sujeta a estos procedimientos de reclamo; incluso si es efectiva de manera retroactiva a la fecha en que se pagó la cobertura. El hecho de si la culminación de la cobertura se considera una anulación y, por consiguiente, una determinación adversa sujeta a estos procedimientos de reclamo, será determinado por el Revisor, con base en la ley aplicable.

Reclamos iniciales

Los reclamos iniciales de los beneficios del Plan deben ser dirigidos al administrador del Plan o, si el beneficio es asegurado, a la aseguradora que proporciona ese beneficio. En el resto de estos procedimientos se usa el término “Revisor” para referirse al administrador del Plan o a la aseguradora; quien sea responsable de revisar el reclamo. Todos los reclamos deben ser suministrados, por escrito (exceptuando casos en que se permitan reclamos orales con necesidades médicas urgentes; como se explica más adelante), al Revisor.

Los reclamos deben ser proporcionados oportunamente después de incurrir en un gasto. A menos que aplique, explícitamente, una fecha límite en este Resumen o bajo un Manual de Beneficios o contrato de seguros, ningún reclamo inicial por beneficios será aceptado, procesado o pagado si es suministrado una vez transcurrido un año desde la fecha en que se incurrió en el gasto (para saber más sobre las fechas límites para suministrar solicitudes de reembolso en cuentas de gastos flexibles, consulte la sección titulada “Resumen de Beneficios Disponibles” que se encuentra en este Resumen).

El Revisor revisará el reclamo por sí mismo o designará a un individuo o entidad que lo haga usando los procedimientos siguientes.

Para los fines de estos procedimientos, un "beneficio de salud" o "reclamo médico" hace referencia al beneficio o reclamo relacionado a la cobertura de cuenta de gastos flexibles por atención médica, dental u oftalmológica. Además, un beneficio o reclamo es considerado un “beneficio por discapacidad” o “reclamo por discapacidad” para los fines de estos procedimientos, siempre y cuando el beneficio o reclamo (incluyendo reclamos por beneficios derivados de muerte accidental o desmembramiento) esté sujeto a ERISA y exija que el Plan o la aseguradora determine si el reclamante ha experimentado una discapacidad.

(a) Reclamos por beneficios no relacionados a una discapacidad o enfermedad. Para todo reclamo que no esté relacionado una enfermedad o discapacidad, se notificará al reclamante, en el periodo de 90 días posterior a la presentación, si el reclamo ha sido aceptado o denegado; a menos que el reclamante reciba una notificación por escrito del Revisor, antes de que culmine el periodo de 90 días, declarando que las circunstancias requieren una extensión del periodo para poder tomar una decisión, en cuyo caso la extensión no superará los 180 días, contados a partir de la fecha en que se presentó el reclamo.

(b) Reclamos por beneficios de salud.

(i) Reclamos por atención de emergencia. Si el reclamo es para beneficios de atención médica de emergencia, el Revisor notificará al reclamante la determinación del beneficio del Plan (adversa o no) lo más pronto posible tomando en consideración las exigencias

médicas (pero no después de que transcurran 72 horas tras el momento en que el Plan recibió el reclamo); a menos que el reclamo no incluya suficiente información como para determinar la medida en que los beneficios están cubiertos o son pagaderos por el Plan. En casos en que el reclamante no proporcione información suficiente para tomar una decisión sobre el reclamo, el Revisor notificará al reclamante, lo antes posible (pero no después de que transcurran 24 horas tras el momento en que el Plan recibió el reclamo), cuál es la información específica necesaria para completar el reclamo. La notificación podría ser oral, a menos que el reclamante solicite una notificación por escrito. Se proporcionará al reclamante una cantidad razonable de tiempo tomando en cuenta las circunstancias (pero no después de que transcurran 48 horas tras el momento en que el Plan recibió el reclamo) para que proporcione la información especificada. El Revisor notificará al reclamante la determinación del Plan lo antes posible pero, en ningún caso, tras las 48 horas posteriores a (1) el momento en que el Plan recibió la información adicional especificada, o (2) la culminación del periodo proporcionado al reclamante para el suministro de la información adicional. Lo que ocurra primero.

Un reclamo por beneficios médicos se considera un reclamo por atención de emergencia si la aplicación de los periodos usuales para tomar determinaciones no urgentes podría poner en riesgo la vida o salud del reclamante o la capacidad del reclamante de recobrar sus funciones máximas; o si, en opinión de un médico con conocimiento de la condición médica del reclamante, estos periodos sujetarían al reclamante a dolores graves, que podrían no ser resueltos adecuadamente sin el tratamiento o atención objeto del reclamo. El Plan dará preponderancia a una determinación emitida por un proveedor calificado, que declare que un reclamo califica como un reclamo por atención médica urgente, con base en la definición resumida en la oración anterior.

(ii) Reclamos de cuidado concurrente. Si el Plan ha aprobado un curso continuo de tratamiento médico, que será proporcionado en un periodo o cantidad de tratamientos, toda reducción o culminación, por parte del Plan, del curso de tratamiento aprobado (que no sea por culminación o enmienda del Plan) antes del periodo o cantidad de tratamientos aprobados constituye una determinación adversa. En tal caso, el Revisor notificará al reclamante la determinación adversa, en una fecha suficientemente anticipada a la reducción o culminación, para permitir al reclamante apelar y obtener una determinación sobre la revisión de esa determinación adversa.

Tomando en consideración las exigencias médicas, se decidirá lo antes posible cualquier solicitud, por parte de un reclamante, de extender un curso de tratamiento urgente con respecto a un periodo o cantidad de tratamientos aprobados. Además, el Revisor notificará al reclamante sobre la determinación del beneficio (ya sea adversa o no) dentro de las 24 horas posteriores al momento en que el Plan haya recibido el reclamo; siempre y cuando el reclamo sea suministrado al Plan, al menos, 24 horas antes del vencimiento del periodo o cantidad de tratamientos prescritos.

(iii) Otros reclamos por beneficios de salud. Para cualquier beneficio de salud que no haya sido descrito previamente:

(A) Para cualquier reclamo por beneficios médicos previos al servicio, el Revisor notificará al reclamante la determinación del beneficio del Plan (ya sea adversa o no) dentro de un periodo razonable y adaptado a las circunstancias médicas (pero no mayor a los 15 días posteriores al momento en que el Plan reciba el reclamo). Si, debido a circunstancias especiales, el Revisor necesita tiempo adicional para procesar un reclamo; el reclamante será

notificado dentro de los 15 días posteriores al momento en que el Plan haya recibido el reclamo, acerca de estas circunstancias especiales y de cuándo el Revisor espera tomar una decisión. En ningún caso, el Revisor podrá extender el periodo de su determinación por más de 30 días, después de recibir un reclamo. Si es necesaria una extensión debido a que el reclamante no ha proporcionado la información necesaria para tomar una decisión, la notificación de la extensión deberá incluir específicamente la información requerida y el reclamante tendrá, al menos, 45 días, contados a partir del recibo de la notificación, para proporcionar la información especificada.

Un reclamo por beneficios médicos se considera un reclamo previo al servicio si requiere aprobación, total o parcial, antes de obtener la atención médica correspondiente.

(B) Para cualquier reclamo por beneficios médicos posteriores al servicio, el Revisor notificará al reclamante la determinación adversa del Plan dentro de un periodo razonable, no mayor a los 30 días posteriores al recibo del reclamo. Si, debido a circunstancias especiales, el Revisor necesita tiempo adicional para procesar un reclamo; el reclamante será notificado dentro de los 30 días posteriores al momento en que el Plan haya recibido el reclamo, acerca de estas circunstancias especiales y de cuándo el Revisor espera tomar una decisión. En ningún caso, el Revisor podrá extender el periodo de su determinación por más de 45 días, después de recibir un reclamo. Si es necesaria una extensión debido a que el reclamante no ha proporcionado la información necesaria para tomar una decisión, la notificación de la extensión deberá incluir específicamente la información requerida y el reclamante tendrá, al menos, 45 días, contados a partir del recibo de la notificación, para proporcionar la información especificada

Un reclamo por beneficios médicos se considera un reclamo posterior al servicio si es una solicitud para el pago de servicios u otros beneficios que ya han sido proporcionados (o cualquier otro reclamo por beneficios de salud que no sea un reclamo previo a la prestación de servicios).

(c) Reclamo de beneficios por discapacidad. Para cualquier reclamo de beneficios por discapacidad, el Revisor notificará al Reclamante la determinación adversa del Plan dentro de un periodo razonable, no mayor a los 45 días posteriores al recibo del reclamo. Si, debido a asuntos fuera del control del Plan, el Revisor necesita tiempo adicional para procesar un reclamo, el reclamante será notificado dentro de los 45 días posteriores al momento en que el Revisor haya recibido el reclamo, acerca de estas circunstancias especiales y de cuándo el Revisor espera tomar una decisión. En ningún caso, el Revisor podrá extender el periodo de su determinación por más de 105 días, siempre y cuando el Revisor notifique al Reclamante sobre las circunstancias especiales y de cuándo el Revisor espera tomar una decisión. La notificación de la extensión explicará, específicamente, los estándares en que se basa el derecho a un beneficio por discapacidad, los asuntos no resueltos que evitan que se tome una decisión sobre el reclamo, y la información adicional que el reclamante debe proporcionar para resolver esos asuntos. Además, el reclamante tendrá, al menos, 45 días, contados a partir del recibo de la notificación, para proporcionar la información especificada.

(d) Forma y contenido de la negativa a reclamos iniciales. Si el Revisor niega un reclamo deberá proporcionarle al reclamante una notificación electrónica o por escrito, que incluya:

- (i) Una descripción de los motivos específicos de la negativa;
- (ii) Una referencia a cualquier disposición del Plan o del contrato del seguro en que esté basada la negativa;
- (iii) Una descripción de cualquier información adicional que el Reclamante deba proporcionar para perfeccionar el reclamo (incluyendo una explicación de por qué se necesita la información);
- (iv) El aviso de que el Reclamante tiene derecho a solicitar una revisión de la negativa al reclamo, e información sobre los pasos que debe tomar si desea solicitar esta revisión;
- (v) Una declaración del derecho del Reclamante a presentar una acción civil amparada por la ley federal denominada “ERISA”, en caso de que no se acepte realizar la revisión de la negativa original; además de una descripción de cualquier límite de tiempo aplicable, según el Plan, para la presentación de esta acción.

Adicionalmente, para una negativa a los beneficios de salud, se proporcionará lo siguiente al Reclamante:

- (vi) Una copia de cualquier norma, guía, protocolo o criterio similar que haya servido como base para la determinación adversa (o una declaración de que esto le será proporcionado al Reclamante si lo solicita y sin cargo alguno); y
- (vii) Si la determinación adversa se basa en la necesidad médica del Plan, en un tratamiento experimental, o en un límite o exclusión similar; una explicación del juicio clínico o científico aplicado a la exclusión o límite, aplicando los términos del Plan a las circunstancias médicas del Reclamante (o una declaración de que esto le será proporcionado al Reclamante si lo solicita y sin cargo alguno).
- (viii) Para una determinación adversa concerniente a un reclamo que involucre una urgencia médica, la notificación también debe incluir información acerca del proceso expeditivo aplicado a este reclamo, y la información descrita en esta sección podrá ser proporcionada al Reclamante de manera oral dentro del marco de tiempo permitido; siempre y cuando se suministre una notificación electrónica o por escrito, en concordancia con esta sección, antes de que transcurran tres días después de la notificación oral.

Para cualquier reclamo de beneficios por discapacidad, la notificación será proporcionada de una manera cultural y lingüísticamente adecuada, en concordancia con la ley aplicable que rige este tipo de notificaciones y, además, deberá incluir lo siguiente:

- (ix) Una discusión de la decisión del Plan, incluyendo una explicación sobre el desacuerdo o negativa mediante:
 - (1) Las perspectivas de los profesionales de la salud que tratan al Reclamante y los profesionales vocacionales que lo evaluaron;
 - (2) Las perspectivas de los expertos médicos o vocacionales, cuyo asesoramiento fue obtenido en nombre del Plan, en conexión con la determinación adversa e

independientemente de si este asesoramiento fue tomado en cuenta al tomar la determinación; o

(3) Una determinación de discapacidad emitida por la administración del seguro social con respecto al Reclamante; presentada al Plan por parte del Reclamante.

(x) Si la determinación adversa se basa en la necesidad médica del Plan, en un tratamiento experimental, o en un límite o exclusión similar; una explicación del juicio clínico o científico aplicado a la determinación, aplicando los términos del Plan a las circunstancias médicas del Reclamante; o una declaración de que esto le será proporcionado al Reclamante si lo solicita y sin cargo alguno;

(xi) La norma, guía, protocolo, estándar o criterio específico del Plan que haya servido como base para la determinación adversa o, alternativamente, una declaración de que esta norma, guía, protocolo, estándar o criterio no existe; y

(xii) Una declaración de que el Reclamante tiene derecho a recibir, libre de cargo y mediante una solicitud previa, las copias y el acceso razonable a todos los documentos, registros e información relevante al reclamo.

Revisión de determinaciones adversas iniciales

Si suministra un reclamo por los beneficios del Plan y este es negado inicialmente mediante los procedimientos antes descritos, es posible que usted pueda solicitar una revisión de esa negativa a través de los procedimientos siguientes:

(a) Reclamos por beneficios no relacionados a una discapacidad o enfermedad. Para beneficios que no estén relacionados a una discapacidad o enfermedad, debe solicitarse, por escrito, la revisión del reclamo negado y presentar esta solicitud al Revisor dentro de los 60 días posteriores al momento de recibir la notificación de la negativa inicial del reclamo. La decisión será tomada dentro de un periodo razonable, que no exceda los 60 días posteriores al momento en que el Revisor recibió la solicitud de revisión, a menos que surjan circunstancias especiales que requieran una extensión de tiempo para el debido procesamiento; en cuyo caso, la decisión será tomada antes de que transcurran 120 días después de recibir la solicitud de revisión.

El Revisor proporcionará al Reclamante la oportunidad de revisar y recibir, sin cargo alguno, todos los documentos, información y registros relevantes y de proporcionar comentarios por escrito al Revisor. El Revisor tomará en cuenta todos los comentarios, documentos, registros e información suministrada por el Reclamante con relación al reclamo, independientemente de si la información fue suministrada o considerada en la determinación inicial de beneficios.

(b) Reclamo por beneficios de salud y discapacidad. Todo reclamante cuyo reclamo inicial por beneficios de salud y discapacidad sea denegado, podrá solicitar la revisión de la negativa en un periodo no mayor a los 180 días posteriores al momento en que el reclamante recibió la notificación de una determinación adversa. Exceptuando lo estipulado más adelante sobre la revisión expeditiva de un reclamo denegado por atención de emergencia, la solicitud de revisión debe ser proporcionada, por escrito, al Revisor.

El reclamante podrá solicitar la revisión expeditiva de un reclamo denegado por atención de emergencia. Esta solicitud puede hacerse oralmente o por escrito, y toda la

información (incluyendo la determinación del Plan sobre la revisión) será transmitida entre el Plan y el Reclamante por teléfono, fax u otros medios similares disponibles.

Además de satisfacer su derecho a la revisión de documentos y proporción de comentarios, según lo descrito anteriormente en (a), la revisión cumplirá con los siguientes requisitos:

(i) El Plan proporcionará una revisión que no esté predispuesta a la determinación adversa inicial y que sea llevada a cabo por un fiduciario adecuado del Plan, que no sea el mismo individuo ni un subordinado del individuo que realizó la determinación.

(ii) El fiduciario del Plan consultará con un profesional médico con suficiente capacitación y experiencia en el área de la medicina involucrada en el juicio médico, antes de tomar la decisión correspondiente a una determinación inicial adversa basándose, únicamente y de manera total o parcial, en el juicio médico (incluyendo determinaciones concernientes al hecho de si un tratamiento, medicamento o aspecto es experimental, investigativo o médicamente innecesario o adecuado). El profesional contactado para fines de consulta en lo estipulado anteriormente deberá ser un individuo no relacionado a las personas consultadas en la determinación inicial sujeta a apelación.

(iii) El Plan indicará al Reclamante quiénes son los expertos médicos o vocacionales que brindaron asesoramiento al Plan, en conexión con la determinación de la revisión; independientemente de si las opiniones de estos individuos fueron tomadas en cuenta al tomar la determinación.

(iv) Para los fines de cualquier cobertura médica y del reclamo de beneficios por discapacidad, el Plan permitirá al Reclamante revisar el archivo del reclamo y presentar evidencias y testimonios, además de cumplir con los siguientes requisitos adicionales:

(A) El Plan proporcionará al Reclamante, libre de cargos, cualquier evidencia nueva o adicional que haya sido tomada en consideración, usada o generada en nombre del Plan en conexión con el reclamo, lo antes posible y con suficiente antelación a la fecha límite del Plan para la proporción de la notificación sobre una negativa definitiva a un reclamo (según lo descrito en estos procedimientos de reclamos y en las regulaciones aplicables) con el fin de dar al reclamante la oportunidad razonable de responder antes de la fecha; y

(B) Antes de que el Plan emita una decisión definitiva sobre la revisión basada en un razonamiento nuevo o adicional, se proporcionará al Reclamante, sin cargo alguno, el razonamiento usado en la toma de decisiones del Plan. Esta proporción ocurrirá lo antes posible y con suficiente anticipación a la fecha límite del Plan para la proporción de una notificación de negativa definitiva de un reclamo (según lo descrito en estos procedimientos de reclamos y en las regulaciones aplicables). Esto con el fin de proporcionar al Reclamante una oportunidad razonable de responder antes de la fecha.

(c) Fecha límite para decisiones sobre una revisión

(i) Reclamo de beneficios por atención de emergencia. Para los reclamos por atención de emergencia, el Revisor notificará al Reclamante la determinación del Plan con respecto a la revisión lo antes posible, tomando en cuenta las exigencias médicas, pero no en un periodo mayor a las 72 horas posteriores al momento en que el Plan haya recibido la solicitud del

Reclamante en conexión con la revisión de una determinación adversa inicial, a menos que el Reclamante no proporcione información suficiente para determinar en qué medida los beneficios exigidos están cubiertos o son pagaderos por el Plan.

(ii) Otros reclamos por beneficios de salud.

(A) Para un reclamo de salud previo al servicio, el Revisor notificará al Reclamante la determinación del Plan sobre la revisión dentro de un periodo razonable y adecuado a las circunstancias médicas, pero que en ningún caso excederá los 30 días posteriores al momento en que el Plan haya recibido, de parte del Reclamante, la solicitud de revisión de una determinación inicial adversa.

(B) Para un reclamo de salud posterior al servicio, el Revisor notificará al Reclamante la determinación del Plan sobre la revisión dentro de un periodo razonable, pero que en ningún caso excederá los 60 días posteriores al momento en que el Plan haya recibido, de parte del Reclamante, la solicitud de revisión de una determinación inicial adversa.

(iii) Reclamo de beneficios por discapacidad. Para reclamos por discapacidad, la decisión sobre la revisión será tomada en un periodo razonable, que no exceda los 45 días posteriores al momento en que el Plan haya recibido la solicitud de revisión, a menos que surjan circunstancias especiales que requieran una extensión del periodo para el debido procesamiento, en cuyo caso se proporcionará una decisión antes del transcurso de los 90 días posteriores al momento en que el Plan haya recibido la solicitud de revisión.

(d) Forma y contenido de la notificación de una decisión. Tras la culminación de la revisión de la determinación adversa inicial de un reclamo, el Revisor proporcionará al Reclamante una notificación electrónica o por escrito de su decisión sobre la revisión. Para cualquier determinación adversa sobre una revisión, esa notificación incluirá:

- (i) Una descripción de la decisión;
- (ii) Una descripción de los motivos específicos de la decisión;
- (iii) Una referencia a cualquier disposición relevante del Plan o de un contrato del seguro, que haya servido como fundamento para la toma de la decisión;
- (iv) Una declaración de que el Reclamante tiene derecho a recibir, libre de cargo y mediante una solicitud previa, las copias y el acceso razonable a todos los documentos, registros e información relevante al reclamo que se encuentre en el archivo del Plan;
- (v) Si aplica, una declaración donde se describa el derecho del Reclamante a presentar una acción para exigir una revisión judicial, en concordancia con la sección 502(a) de ERISA, además de la descripción de cualquier fecha límite aplicable, según el Plan, para la presentación de esa acción (incluyendo, en el caso de reclamos de beneficios por discapacidad, la fecha en que culminará el límite de tiempo aplicable para presentar esta acción);
- (vi) Si aplica, una declaración donde se describa cualquier procedimiento de apelación voluntaria ofrecido por el Plan; además de los derechos del Reclamante a obtener información acerca de este tipo de procedimientos.

(vii) Además de los ítems (i)-(vi) antes indicados, para cualquier notificación de una determinación adversa con relación a beneficios de salud (o beneficios por discapacidad, si el reclamo fue presentado el 1ro de abril de 2018 o antes), se proporcionará lo siguiente:

(A) Si una norma, guía, protocolo o criterio similar ha servido como base para la determinación adversa tomada, una declaración de que se proporcionará una copia de la norma, guía, protocolo o criterio similar, a solicitud y sin costo alguno; y

(B) Si la determinación adversa sobre la revisión se basa en una necesidad médica, en un tratamiento experimental, o en un límite o exclusión similar, una explicación del juicio clínico o científico aplicado a la exclusión o límite, aplicando los términos del Plan a las circunstancias médicas del Reclamante, o una declaración de que esta explicación le será proporcionada al Reclamante si lo solicita y sin cargo alguno; y

(viii) Además de los ítems (i)-(vi) antes indicados, para el reclamo de beneficios por discapacidad, la notificación de una determinación adversa deberá proporcionarse en una forma cultural y lingüísticamente adecuada, en concordancia con las regulaciones aplicables u otras directrices autorizadas relacionadas a estas notificaciones, además incluirán:

(A) Una discusión de la decisión del Plan, incluyendo una explicación sobre el desacuerdo o negativa mediante:

(1) Las perspectivas de los profesionales de la salud que tratan al Reclamante y los profesionales vocacionales que lo evaluaron;

(2) Las perspectivas de los expertos médicos o vocacionales, cuyo asesoramiento fue obtenido en nombre del Plan, en conexión con la determinación adversa e independientemente de si este asesoramiento fue tomado en cuenta al tomar la determinación;

(3) Una determinación de discapacidad emitida por la administración del seguro social con respecto al Reclamante, presentada al Plan por parte del Reclamante; y

(B) Si la determinación adversa se basa en la necesidad médica del Plan, en un tratamiento experimental, o en un límite o exclusión similar; una explicación del juicio clínico o científico aplicado a la determinación, aplicando los términos del Plan a las circunstancias médicas del Reclamante; o una declaración de que esto le será proporcionado al Reclamante si lo solicita y sin cargo alguno; y

(C) La norma, guía, protocolo, estándar o criterio específico del Plan que haya servido como base para la determinación adversa o, alternativamente, una declaración de que esta norma, guía, protocolo, estándar o criterio no existe.

Requisitos adicionales para reclamos médicos o por discapacidad

Toda determinación adversa que involucre una cobertura médica deberá ser notificada en una forma cultural y lingüísticamente adecuada, en concordancia con las regulaciones aplicables sobre estas notificaciones e incluir (además de los requisitos antes especificados) lo siguiente:

(1) Información suficiente para identificar el reclamo correspondiente, incluyendo la fecha de servicio, el proveedor de salud y el monto del reclamo (si aplica);

(2) Una discusión de la decisión, al igual que la divulgación de cualquier código de denegación usado (y una explicación de su significado) y una descripción del estándar del Plan, si existiere, usado para denegar el reclamo;

(3) Una descripción de las apelaciones internas y procesos de revisión internos que se encuentren disponibles; incluyendo información sobre cómo iniciar una apelación;

(4) Información (incluyendo información de contacto) sobre la disponibilidad de cualquier oficina aplicable de asistencia a clientes del seguro médico o de defensoría del consumidor, establecida en concordancia con la Ley de Atención Médica Asequible, destinada a asistir a individuos con reclamos o apelaciones internas, y con procedimientos externos de revisión; y

(5) Mediante solicitud, una declaración en que se describa la disponibilidad de cualquier código de diagnóstico aplicable (y una explicación de su significado), y de cualquier código de tratamiento aplicable (y una explicación de su significado).

Además, para todos los reclamos que involucren una cobertura sujeta a la Ley de Atención Médica Asequible y para el reclamo de beneficios por discapacidad, el Plan garantizará que todos los reclamos y apelaciones sean decididos de una manera diseñada para asegurar la independencia e imparcialidad de los individuos involucrados en decisiones de reclamos. Las decisiones relacionadas a la contratación, compensación, culminación, promoción o asuntos similares no serán tomadas teniendo como base la probabilidad de que una persona involucrada en la toma de decisiones sobre reclamos apoye la denegación de beneficios.

Cálculo de periodos

Para los fines especificados en esta sección sobre Procedimientos de Reclamo, el periodo durante el cual debe realizarse la determinación de un beneficio inicia cuando se presenta un reclamo o apelación, en concordancia con los procedimientos del Plan, independientemente de si toda la información necesaria para tomar una decisión ha sido debidamente incluida en el reclamo. Si el periodo se extiende debido a que el Reclamante no ha suministrado toda la información necesaria para un reclamo inicial de beneficios médicos (que no sean beneficios por atención de emergencia) o de beneficios por discapacidad; el periodo estipulado para realizar la determinación será “congelado” desde la fecha de envío de la notificación en que se solicitó información adicional al Reclamante, hasta el día en que el Reclamante responda. Además, si el periodo se extiende debido a que el Reclamante no ha suministrado toda la información necesaria para una apelación relacionada a una determinación adversa de beneficios que no sean de salud, el periodo para realizar la determinación de la apelación será “congelado” desde la fecha de envío de la notificación en que se solicitó información adicional al Reclamante, hasta el día en que el Reclamante responda.

Incumplimiento de los procedimientos por parte del Reclamante

Para poder presentar cualquier acción legal para la obtención de beneficios amparados por el Plan, el Reclamante debe seguir los procedimientos descritos anteriormente para la presentación de reclamos (a menos que el Plan incumpla con seguir los procedimientos).

Incumplimiento de los procedimientos por parte del Plan

Si el Plan incumple sustancialmente con su deber de seguir los procedimientos descritos anteriormente; se considerará que usted ha agotado las resoluciones administrativas disponibles bajo el Plan, y tendrá derecho a procurar cualquier resolución disponible amparada por ERISA (la ley estatal aplicable) fundamentada en que el Plan no ha logrado proporcionar un procedimiento razonable para la resolución de reclamos, que dé como resultado una decisión basada en los méritos del reclamo.

Para cualquier reclamo que involucre la cobertura médica, se considerará que usted ha agotado los procesos internos de reclamos y apelaciones, si el Plan (o la aseguradora) no cumple estrictamente con los procedimientos de reclamos del Plan (y con las regulaciones aplicables; a menos que el incumplimiento del Plan corresponda a una violación menor, según lo definido más adelante). Si se considera que usted ha agotado los procesos internos de reclamos y apelaciones, de acuerdo con lo indicado anteriormente, además del derecho a procurar cualquier resolución disponible amparada por ERISA; usted tendrá derecho a procurar cualquier resolución disponible según los procesos de revisión externos, estipulados por la ley estatal o federal.

Además, para el reclamo de beneficios por discapacidad, se considerará que usted ha agotado los procesos internos de reclamos y apelaciones, si el Plan (o la aseguradora) no cumple estrictamente con los requisitos estipulados por las regulaciones aplicables; a menos que el incumplimiento del Plan corresponda a una violación menor, según lo definido más adelante.

Para los propósitos de esta sección, el incumplimiento de las regulaciones correspondientes a los procedimientos aplicables sobre reclamos constituye una “violación menor” si (i) la violación no le causa, y no tiene posibilidades de causarle, perjuicios o daños a usted, (ii) la violación ocurrió por una buena causa o por motivos fuera del control del Plan, (iii) la violación ocurrió en el contexto del intercambio, continuo y de buena fe, de información entre el Plan y usted; y (iv) la violación no forma parte de un patrón o práctica de violaciones por parte del Plan. Si surge un tema relacionado a si aplica o no la excepción por violación menor, usted puede solicitar al Plan una explicación por escrito de la violación, y el Plan proporcionará la explicación en un periodo de 10 días, incluyendo la descripción específica de los motivos, si existen, que respaldan el hecho de que la violación no debería provocar que se consideren agotados los procesos internos de reclamo y apelación.

Para reclamos que involucren una cobertura médica, si un Revisor externo o un tribunal rechaza su solicitud de revisión inmediata con base en que el Plan ha cumplido con los estándares de una violación menor; a usted se le permitirá volver a presentar y procurar la apelación interna del reclamo. Si ese es el caso, dentro de un periodo razonable (que no exceda los 10 días posteriores al rechazo de un Revisor externo o tribunal), el Plan le proporcionará una notificación indicando la oportunidad de volver a presentar y procurar la apelación interna del reclamo. Los periodos para la reformulación de un reclamo comenzarán a correr en el momento en que usted reciba la notificación.

Para reclamos que involucren beneficios por discapacidad, si un tribunal rechaza su solicitud de revisión inmediata con base en que el Plan ha cumplido con los estándares de una violación menor, se considerará que el reclamo ha sido presentado automáticamente para una nueva apelación en el momento en que el Plan reciba la decisión del tribunal. En estos casos, dentro de un periodo razonable después de que el Plan reciba la decisión, el Plan le proporcionará una notificación de la nueva presentación.

Revisión externa

(a) Proceso de revisión externa. Para los propósitos de cualquier cobertura sujeta a la Ley de Atención Médica Asequible, el Plan o aseguradora cumplirá con los requisitos aplicables de un proceso de revisión externa, en concordancia con lo estipulado en la ley estatal o federal. Para esta cobertura, que es autofinanciada, el Plan cumplirá con los procedimientos interinos para revisiones externas federales, estipulados en la Liberación Técnica 2010-01 del Departamento del Trabajo, según lo modificado en la Liberación Técnica 2011-02 y resumido en esta sección; hasta que esos procedimientos sean reemplazados por otras directrices. Lo anterior no aplicará a casos en que el Plan sea elegible y decida participar en un proceso diferente de revisión externa, que esté disponible según la ley estatal o federal, y que se considere adecuado para los fines correspondientes a la Ley de Atención Médica Asequible. El Plan comenzará a cumplir con cualquier requerimiento nuevo para directrices sobre las revisiones externas antes o durante la fecha en que esos requerimientos se vuelvan aplicables al Plan.

(b) Disponibilidad de revisión externa. La revisión externa no está disponible para todas las determinaciones adversas. Por ejemplo, la revisión externa no está disponible para una determinación adversa basada en la consideración de que un Reclamante no ha cumplido con los requisitos de elegibilidad, según los términos del Plan. La revisión externa está disponible, únicamente, para:

(i) Cualquier determinación adversa interna y definitiva (o una determinación adversa interna e inicial sobre un reclamo por atención de emergencia, que califique para la revisión externa expeditada, descrita más adelante) que involucre un juicio médico (incluyendo, sin limitación, juicios basados en los requisitos del Plan sobre la atención médica, adecuación, entorno de la atención médica, nivel de cuidados o efectividad de un beneficio cubierto; o en que el tratamiento es experimental o investigativo), según lo determinado por el Revisor externo;

(ii) Cualquier determinación adversa interna y definitiva que involucre la anulación de la cobertura; o

(iii) Cualquier otra determinación adversa interna y definitiva que sea elegible para revisión externa, en concordancia con las directrices aplicables (según lo determinado por el Plan al momento de la solicitud de la revisión externa).

(c) Solicitud de revisión externa. Es necesario suministrar al Plan una solicitud de revisión externa antes de que transcurran los cuatro meses posteriores al momento en que el Reclamante reciba una notificación de determinación adversa, para la cual haya una revisión externa disponible.

(d) Revisión preliminar. Dentro de los cinco días hábiles posteriores a la fecha en que el Plan haya recibido la solicitud de una revisión externa; el Plan realizará una revisión preliminar de la solicitud para determinar:

(i) Si el Reclamante está o estaba cubierto por el Plan al momento en que se solicitó el servicio médico o, para reclamos posteriores al servicio, si estaba cubierto por el Plan al momento en que se proporcionó el servicio médico;

(ii) Si la determinación adversa no está relacionada a un incumplimiento de los requisitos de elegibilidad, por parte del Reclamante, según los términos del Plan;

(iii) Si el Reclamante ha agotado el proceso interno de apelación del Plan (o si no necesita agotar el proceso interno de apelación, según las regulaciones aplicables); y

(iv) Si el Reclamante ha proporcionado toda la información y formularios necesarios para procesar una revisión externa.

Dentro de un día laboral, tras la culminación de la revisión preliminar, el Plan emitirá una notificación, por escrito, para el Reclamante. Si la solicitud es completada, pero no es elegible para revisión externa; la notificación indicará los motivos por los cuales no está disponible la revisión externa y, si aplica, incluirá la información de contacto de la Administración de Seguridad para Beneficios del Empleado. Si la solicitud no está completa, la notificación indicará la información o materiales necesarios para que la solicitud se considere completa, y el Plan permitirá al Reclamante perfeccionar la solicitud para revisión externa dentro de un periodo de presentación de cuatro meses o dentro de las 48 horas posteriores al momento en que el Reclamante reciba la notificación.

(e) Referencia a una Organización de Revisión Independiente. Las revisiones externas son llevadas a cabo por una organización de revisión independiente. El Plan asignará cada revisión externa a una Organización de Revisión Independiente (IRO, por sus siglas en inglés), acreditada por la URAC o por una organización de acreditación similar y nacionalmente reconocida, para que lleve a cabo la revisión externa. El Plan contratará, al menos, tres IRO diferentes. El Plan tomará acciones contra cualquier forma de favoritismo, garantizará la independencia de las IRO contratadas y rotará las revisiones entre estas organizaciones (o el Plan incorporará y documentará otros métodos independientes y neutrales para la selección de IRO, como la selección aleatoria). Ninguna IRO será elegible para obtener incentivos financieros, por parte del Plan o el empleador, con el fin de que la IRO apoye una denegación de beneficios.

En un contrato entre el Plan y la IRO, la IRO que gestiona las revisiones externas y el Plan deben cumplir con los siguientes requisitos de revisión externa:

(i) La IRO consultará a expertos legales, cuando sea necesario, para tomar determinaciones de cobertura bajo el Plan.

(ii) La IRO notificará oportunamente por escrito al Reclamante sobre la elegibilidad y aceptación de la solicitud para realizar la revisión externa. Esta notificación incluirá una declaración donde conste que el Reclamante puede enviar información adicional, por escrito, a la IRO, dentro de los 10 días hábiles posteriores a la fecha de recepción del aviso. La IRO deberá considerar esta información adicional al realizar la revisión externa; siempre y cuando la misma sea enviada dentro del plazo estipulado. Sin embargo, la IRO no está obligada a aceptar y tomar en consideración información adicional que haya sido presentada después de haber transcurrido 10 días hábiles.

(iii) En los cinco días hábiles posteriores a la fecha en que se asigna la revisión a la IRO, el Plan deberá proporcionar a la IRO todos los documentos y cualquier información que haya sido tomada en consideración al momento de realizar la determinación adversa sujeta a revisión. Aunque el Plan no proporcione oportunamente los documentos y la información, esto no debe retrasar la realización de la revisión externa. En caso de que el Plan no proporcione oportunamente los documentos e información necesaria, la IRO podrá finalizar la revisión externa y tomar una decisión para revertir la determinación adversa. La IRO tendrá un día hábil

de plazo, después de tomar la decisión, para notificar al Reclamante y al Plan sobre su decisión.

(iv) Tras recibir cualquier información presentada por el Reclamante, la IRO debe enviar esta información al Plan en el plazo de un día hábil. Al recibir esta información, el Plan podría reconsiderar la determinación adversa que está bajo revisión, pero cualquier reconsideración por parte del Plan no debe retrasar la revisión externa. La revisión externa podría darse por terminada en tales casos, pero solo si el Plan decide revertir su determinación adversa y proporcionar la cobertura o pago correspondiente. En el plazo de un día hábil después de tomar esta decisión, el Plan notificará por escrito su decisión al Reclamante y a la IRO. LA IRO debe finalizar la revisión externa tras recibir la notificación del Plan.

(v) La IRO revisará toda la información y los documentos recibidos dentro del plazo. Al tomar una decisión, la IRO no estará vinculada por ninguna decisión o conclusión alcanzada durante el proceso interno de reclamos y apelaciones del Plan. Además de los documentos e información proporcionados, la IRO, en la medida en que la información o los documentos estén disponibles y la IRO los considere apropiados, tomará en cuenta lo siguiente para tomar una decisión:

- (A) Los registros médicos del Reclamante;
- (B) La recomendación del profesional médico que lo atiende;
- (C) Informes emitidos por los profesionales de atención médica y otros documentos presentados por el Plan, el Reclamante o el médico tratante del Reclamante;
- (D) Los términos del Plan, a menos que los términos sean inconsistentes con la ley aplicable;
- (E) Directrices de práctica adecuadas, que deben incluir estándares aplicables basados en la evidencia y cualquier otra directriz de práctica desarrollada por el gobierno federal, sociedades médicas nacionales o profesionales, juntas y asociaciones;
- (F) Cualquier criterio de revisión clínica aplicable, que haya sido desarrollado y usado por el Plan, a menos que los criterios sean inconsistentes con los términos del Plan o con la ley aplicable; y
- (G) La opinión de cualquier revisor clínico para la IRO, después de tomar en cuenta la información o los documentos disponibles que el revisor clínico considere apropiados.

(vi) La IRO debe proporcionar una notificación por escrito de la decisión final de la revisión externa, dentro de los 45 días posteriores a la recepción de la solicitud de revisión externa. La IRO debe entregar al Reclamante y al Plan la notificación de la decisión definitiva alcanzada sobre la revisión externa.

(vii) La notificación de la IRO incluirá

(A) Una descripción general del motivo de la solicitud de revisión externa, incluyendo información suficiente para identificar el reclamo (incluyendo la fecha o fechas del servicio, el proveedor de atención médica, la cantidad reclamada (si corresponde), el código de diagnóstico y su significado correspondiente, el código de tratamiento y su significado correspondiente, y el motivo de la denegación anterior);

(B) La fecha en la que la IRO recibió la asignación para realizar la revisión externa y la fecha de la decisión de la IRO;

(C) Referencias a las pruebas o documentación, incluidas las disposiciones específicas de la cobertura, así como los estándares basados en la evidencia, que han sido tomados en cuenta para tomar la decisión;

(D) Una discusión sobre el principal motivo o motivos que motivaron la decisión tomada, incluyendo la justificación de la decisión y cualquier norma basada en evidencia que haya sido considerada al tomar la decisión;

(E) Una declaración de que la determinación es vinculante, excepto en la medida en que otros recursos puedan estar disponibles según la ley estatal o federal, ya sea para el Plan o para el Reclamante;

(F) Una declaración de que la revisión judicial puede estar disponible para el Reclamante; y

(G) La información de contacto actual, incluido el número de teléfono, de cualquier oficina de atención al consumidor o defensoría del cliente de seguros de salud, establecida según la PPACA.

(viii) La IRO debe mantener registros de todos los reclamos y notificaciones asociadas con el proceso de revisión externa durante los seis años posteriores a la fecha de su decisión final. La IRO debe asegurarse de que estos registros estén disponibles para ser examinados por el Reclamante, el Plan o una agencia de supervisión estatal o federal bajo solicitud, exceptuando casos en que esta divulgación infrinja las leyes de privacidad estatales o federales.

(e) Efecto de la decisión tomada sobre la revisión externa. La decisión sobre la revisión externa es vinculante para el Plan y para el Reclamante, excepto en la medida en que otros recursos estén disponibles, en virtud de la ley estatal o federal, y exceptuando casos en que el requisito de vinculación de la decisión no impida que el Plan realice un pago correspondiente al reclamo o proporcione beneficios en cualquier momento. Tras recibir una notificación que indique que se ha tomado una decisión definitiva, que revierte la determinación interna adversa; el Plan proporcionará oportunamente cualquier beneficio (incluyendo el pago del reclamo) correspondiente, en concordancia con la decisión definitiva, independientemente de si el Plan tiene la intención de solicitar la revisión judicial de la decisión tomada y, a menos o hasta que exista una decisión judicial contraria.

Revisión externa expeditiva

(a) Disponibilidad de la Revisión externa expeditiva. Un Reclamante puede solicitar una Revisión externa expeditiva al Plan en el momento en que reciba una determinación adversa que cumpla los requisitos para solicitar una revisión externa (descritos anteriormente) y que sea:

(i) Una determinación adversa que involucre una condición médica del Reclamante para el cual el plazo para completar una apelación interna urgente según los procedimientos normales del Plan para reclamaciones de atención de urgencia pondría en grave peligro la vida o la salud del Reclamante, o pondría en peligro la capacidad del Reclamante para recuperar al máximo su función y que el reclamante haya presentado una solicitud de apelación interna expeditiva; o

(ii) Una determinación final adversa, si el Reclamante tiene una condición médica en la que el plazo para completar una revisión externa estándar pondría en grave peligro la vida o la salud del Reclamante, o pondría en peligro la capacidad del Reclamante para recuperar la función máxima, o si la determinación interna adversa final se refiere a una admisión, disponibilidad de atención, estancia prolongada o artículo o servicio de atención médica por el cual el reclamante recibió servicios de emergencia, pero no ha sido dado de alta de un centro.

(b) Procedimientos para la Revisión externa expeditiva.

(i) Disposiciones Generales. Los procedimientos normales para una revisión externa (descritos anteriormente) son aplicables a la Revisión externa expeditiva, salvo que se disponga lo contrario en esta sección.

(ii) Revisión Preliminar. Inmediatamente después de recibir una solicitud de Revisión externa expeditiva, el Plan debe determinar si la solicitud es elegible para una revisión externa estándar. El Plan enviará inmediatamente al Reclamante una notificación de su determinación de elegibilidad, que tendrá que cumplir con los requisitos de notificación de revisión preliminar descritos anteriormente.

(iii) Referencia a IRO. Una vez se ha determinado que la solicitud es elegible para realizar una revisión externa, el Plan asignará la revisión a IRO. El Plan proporcionará o transmitirá todos los documentos e información necesarios que se consideren para realizar la determinación adversa que se está revisando a IRO, ya sea por medios electrónicos, por teléfono, fax o cualquier otro método de expedición disponible.

(iv) Notificación de la Decisión Final de la Revisión Externa. El contrato del Plan con IRO requerirá que IRO proporcione la revisión tan rápidamente como lo requiera la condición médica o las circunstancias del Reclamante, pero no más tarde de 72 horas después de que IRO reciba la solicitud de una Revisión externa expeditiva. Si la notificación no está por escrito, dentro de las 48 horas posteriores a la fecha de envío de dicha notificación, se requerirá que IRO proporcione una confirmación por escrito de la decisión al Reclamante y al Plan.

Beneficios Asegurados y Ley Estatal

Respecto a los beneficios asegurados por este Plan, nada de lo que se incluye en los procedimientos de reclamaciones del Plan podrá reemplazar las disposiciones de cualquier ley estatal aplicable a la regulación de seguros, salvo en los casos en que dicha ley impida que se apliquen los procedimientos de reclamaciones del Plan.

Estatuto de Limitaciones para Reclamaciones del Plan

Tenga en cuenta que no se puede iniciar ni mantener una acción legal para recuperar los beneficios Del Plan una vez transcurridos más de 12 meses después de que la decisión final de revisión / apelación haya sido presentada (o se considere presentada) por parte del Administrador del Plan.

Terminación o Modificación del Plan

El Empleador espera mantener el Plan por tiempo indefinido como un programa de beneficios para empleados. Sin embargo, el Empleador tiene el derecho a terminar o modificar cualquier disposición del Plan en cualquier momento y según su criterio. Por lo tanto, ningún participante del Plan (incluido un futuro jubilado o persona que ya se haya jubilado) tiene derecho al disfrute continuo de cualquier beneficio del Plan tras la finalización o modificación del Plan que afecte a esos beneficios.

No Derecho al Empleo Continuo

Ninguna disposición del Plan o de este Resumen puede entenderse como que otorga a cualquier empleado el derecho de empleo continuo con el Empleador. Tampoco puede interpretarse que prohíbe cambios en los términos de empleo de cualquier empleado cubierto por el Plan.

No-Asignación de Beneficios; Pagos a Proveedores

Salvo que se indique lo contrario de forma expresa en este Resumen o en un Folleto de Beneficios aplicable, ningún participante o beneficiario puede transferir, asignar o comprometer ningún beneficio del Plan, y ningún beneficio bajo el Plan estará sujeto a anticipación, enajenación, venta, transferencia, asignación, compromiso, gravamen o cargo, y cualquier intento de hacerlo será nulo. Además, ningún beneficio del Plan puede estar sujeto a las deudas, contratos, responsabilidades, compromisos o daños de cualquier persona.

El Administrador está en su derecho de elegir realizar un pago directo a un proveedor de servicios para los cuales los beneficios están disponibles según el Plan. Este pago directo al proveedor por parte del Plan no se considerará una asignación o enajenación del Plan. Ni la dirección de un participante del Plan, ni ningún dependiente elegible o cubierto para realizar dicho pago, ni el pago en sí se podrá interpretar como una asignación de beneficios. Tampoco se podrá entender como un reconocimiento por parte del Administrador de la validez de cualquier intento de enajenación, ni como una asignación de beneficios según el Plan. Este pago no le conferirá al beneficiario ningún derecho más allá del derecho a cobrar la cantidad concreta de dicho pago.

Ninguna Persona Cubierta por el Plan puede, en ningún momento, ya sea mientras está cubierta por el Plan o tras la finalización de la cobertura, asignar su derecho a demandar para recuperar los beneficios del Plan, o hacer cumplir los derechos debidos según el Plan o mediante cualquier otra causa que pueda tener contra el Plan o sus fiduciarios.

El Plan respetará cualquier Orden de Manutención Médica Calificada Infantil (QMCSO) que proporcione un destinatario alternativo de la cobertura del plan según lo descrito en la Ley

Coordinación de Beneficios

Las disposiciones de coordinación de beneficios descritas en los Folletos de beneficios que se le entregan con este Resumen, según lo interpretado por el Administrador del Plan (o asegurador, si corresponde), regulan todas las situaciones de coordinación de beneficios relacionadas con el Plan y otros pagadores.

Subrogación/Derecho de Reembolso

Como condición para recibir beneficios médicos, dentales, de la vista, por discapacidad o por cualquier otro beneficio del Plan, todas las personas cubiertas, incluidos todos los dependientes cubiertos, acuerdan transferir al Plan sus derechos para presentar una reclamación, demandar y recuperar daños cuando la lesión o la enfermedad que da lugar a los beneficios se produce a través del acto u omisión de otra persona. Alternativamente, si una persona cubierta recibe una recuperación total o parcial, por medio de juicio, acuerdo o de otra manera, de otra persona, organización o entidad comercial, la persona cubierta acepta reembolsar al Plan, de forma prioritaria, por cualquier problema médico, discapacidad o cualquier otro beneficio pagado por él (es decir, el Plan tendrá prioridad para ser reembolsado en su totalidad por todos los beneficios pagados por él, de cualquier dinero recibido, con el saldo, si lo hubiera, retenido por la persona cubierta). La obligación de reembolsar al Plan, en su totalidad, de forma prioritaria, existe independientemente de si la sentencia o el acuerdo, etc. designa específicamente la recuperación, o una parte del mismo, como gastos médicos, de discapacidad u otros. Además, la obligación de reembolsar al Plan es independiente de si la sentencia, el acuerdo u otra recuperación, junto con todas las otras recuperaciones previas o anticipadas, compensa completamente a la persona cubierta por cualquier daño que esta persona pueda haber sufrido. Esta disposición es efectiva independientemente de si se ha firmado un acuerdo a estos efectos. Los derechos del Plan de recuperación total, ya sea a través de subrogación o derecho de reembolso, pueden provenir de los fondos de la persona cubierta o bien de un tercero, de cualquier seguro que cubra al tercero, la propia persona cubierta sin seguro, seguro de motorista o seguro de conductor con seguro insuficiente, cualquier pago médico, de incapacidad u otro beneficio, cobertura de seguro escolar o sin culpa, u otras cantidades pagadas o pagaderas a nombre de la persona cubierta. El Plan puede hacer cumplir sus derechos de reembolso o subrogación exigiéndole a la persona cubierta que presente una reclamación de cualquiera de las coberturas anteriores a las que puede tener derecho. El Plan no pagará los honorarios de abogados ni los costes asociados a la reclamación de la persona cubierta sin previa autorización expresa por escrito del Plan. El Plan no estará sujeto a la doctrina de "conformación completa", a la doctrina de "fondo común" u otras reglas de subrogación de derecho común o teorías legales similares.

Además, cada participante y cada persona cubierta, como condición y como consecuencia de recibir beneficios médicos, por discapacidad o por cualquier otro beneficio del Plan, acuerda lo siguiente:

(1) El participante y cada persona cubierta (o sus abogados u otros representantes autorizados) tendrán que informar inmediatamente al Plan de cualquier acuerdo de conciliación y le enviarán una notificación con suficiente antelación sobre cualquier plan para el desembolso de cualquier fondo de liquidación al Participante o persona cubierta (u otras personas que actúen en nombre de la persona cubierta);

(2) El participante y cada persona cubierta (o sus abogados u otros representantes legales) mantendrán los fondos de liquidación recibidos por cualquier reclamación que esté sujeta a los derechos de subrogación del Plan hasta que todas las obligaciones con el Plan sean satisfechas (o bien deberán desembolsar dichos fondos al Plan para satisfacer cualquier obligación con el Plan contenida en esta disposición de subrogación);

(3) El participante y cada persona cubierta (o sus abogados u otros representantes legales) deberán retener los fondos de liquidación recibidos por o en su nombre, tales como activos del Plan, hasta llegar a la cantidad máxima de los beneficios pagados por el Plan al participante o persona cubierta que sea fideicomisaria de los activos del Plan hasta que las obligaciones de la persona cubierta recogidas en esta disposición de subrogación se cumplan; y

(4) El participante y cada persona cubierta (o sus abogados u otros representantes legales) acuerdan que el Plan aplica un gravamen equitativo sobre los fondos de liquidación pagaderos a nombre del participante hasta que las obligaciones de la persona cubierta recogidas en esta disposición de subrogación sean completamente satisfechas.

Contratación de Seguros

El Trabajador tiene derecho a contratar sus seguros a una o más compañías para que le proporcionen los beneficios incluidos en el Plan. El Trabajador puede cambiar de compañía de seguros de vez en cuando por la razón que considere. Los dividendos, ajustes retroactivos u otros reembolsos que puedan pagarse por los contratos de seguros empleados para proporcionar beneficios le pertenecen al trabajador, exceptuando el caso de que el Administrador del Plan determine que una parte de la cantidad pagadera es un activo del Plan. Cualquier parte de dicha cantidad que sea reconocida por la ley aplicable como un activo del Plan se puede usar para proporcionar o pagar beneficios para empleados elegibles o para pagar gastos del Plan. También se puede usar de cualquier otra manera que sea consistente con la legislación aplicable al uso de los activos del Plan

Sus derechos bajo la ley ERISA

Como participante del Plan, usted tiene los siguientes derechos y protecciones según la Ley de Seguridad de los Ingresos de Jubilación de los Empleados de 1974 (ERISA):

- Tiene derecho a examinar, sin cargo alguno, en la oficina del Administrador del Plan y en otras ubicaciones, todos los documentos del Plan, incluidos los contratos de seguro, en caso de que los haya, los acuerdos de negociación colectiva y las copias de todos los documentos presentados por el Plan (como los informes anuales detallados) con el Departamento de Trabajo de EE. UU. y que estén disponibles en la Sala de Divulgación Pública de la Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados.
- Tiene derecho a obtener copias de todos los documentos del Plan que rigen el funcionamiento del Plan, solicitándolas al Administrador del Plan. Es posible que tenga que pagar una cierta cantidad (siempre dentro de lo razonable) para cubrir el gasto de las fotocopias.
- En algunos casos, la ley puede requerir al Administrador del Plan que le proporcione un resumen del informe anual sobre las finanzas del Plan.

Además de crear derechos para los participantes del Plan, ERISA impone obligaciones a las personas que operan el Plan. Estas personas se denominan fiduciarios y tienen el deber de actuar con prudencia y en el interés de usted y de los demás participantes y beneficiarios del Plan.

Nadie, incluido el Empleador o cualquier otra persona, puede despedirle o discriminarle de la forma que sea para evitar que obtenga un beneficio del Plan o ejerza sus derechos recogidos en la Ley ERISA. Tal y como se describe más arriba, si su reclamación de un beneficio del Plan ha sido denegada o ignorada, en su totalidad o en parte, tiene derecho a recibir una explicación por escrito describiendo el motivo de la denegación, y tiene derecho a obtener copias de los documentos relacionados con la decisión, sin ningún cargo para usted. También tiene derecho a solicitar que el Plan revise y reconsidere su reclamación, dentro de los plazos establecidos.

La Ley ERISA incluye diversos pasos que usted puede tomar para que se cumplan los derechos anteriores. Por ejemplo, si realiza una solicitud por escrito de materiales al Plan y no los recibe dentro de los 30 días de plazo, puede presentar una demanda en un tribunal federal. En este caso, el tribunal puede exigirle al Administrador del Plan que le proporcione los materiales que ha solicitado y que le pague hasta \$ 110 por día transcurrido hasta que usted reciba los materiales, a no ser que los materiales no se hayan enviado por razones ajenas al Administrador del Plan. Si ha hecho una reclamación de beneficios que ha sido denegada tras la revisión del Plan o que ha sido ignorada, en su totalidad o en parte, puede presentar una demanda en un tribunal estatal o federal. Además, si no está de acuerdo con la decisión del Plan o la falta de la misma, puede presentar una demanda en un tribunal federal.

En el caso de que los fiduciarios del Plan hagan un uso indebido de los fondos del Plan, o si usted se ve discriminado por hacer valer sus derechos, puede solicitar la asistencia del Departamento de Trabajo de los Estados Unidos o presentar una demanda en un tribunal federal. El tribunal decidirá quién debe pagar los costes del juicio y los honorarios legales. Si usted gana el juicio, el tribunal puede exigir a la persona demandada que pague estos costes y honorarios. Si usted pierde, el tribunal puede ordenarle que pague los costes y tasas, por ejemplo, si considera que su reclamación es frívola.

Usted puede tener derecho a una cobertura de salud continua para sí mismo, su cónyuge o sus dependientes. Si se produce una pérdida de cobertura por una razón justificada por el Plan es posible que usted o sus dependientes tengan que pagar por dicha cobertura. Por tanto, debe revisar este Resumen de la Descripción del Plan y los documentos del Plan que regulan su cobertura continua COBRA.

Si tiene alguna duda sobre el Plan, debe ponerse en contacto con el Administrador del Plan. Si tiene preguntas sobre esta declaración o sobre sus derechos recogidos en la Ley ERISA, póngase en contacto con la oficina más cercana de la Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado, Departamento de Trabajo de los EE. UU., que figura en su directorio telefónico o la División de Asistencia Técnica y Consultas, Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado Departamento de Trabajo de los EE. UU., nº 200 Constitution Avenue, NW, Washington, DC 20210. También puede obtener más información sobre sus derechos y responsabilidades bajo la Ley ERISA llamando a la línea directa de publicaciones de la Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados.

ANEXO: Crédito tributario para el Cuidado de Dependientes vs FSA para el cuidado de dependientes

Si usted tiene gastos justificados por el cuidado de personas dependientes, puede elegir una de estas formas (o ambas) para reducir sus impuestos. Una opción es obtener un crédito tributario (es decir, una reducción directa del importe de los impuestos que debería pagar); otra posibilidad es reducir los ingresos sujetos a impuestos contribuyendo a una cuenta de gastos flexible para el cuidado de dependientes (FSA). La información contenida en este documento le ayudará a decidir qué opción se ajusta mejor a sus necesidades.

CRÉDITO TRIBUTARIO PARA EL CUIDADO DE DEPENDIENTES

Si cumple con los requisitos para obtener el crédito tributario, puede deducir de sus impuestos un porcentaje de la menor de estas dos cantidades: (1) sus gastos de cuidado a dependientes reales o (2) \$ 3,000 si tiene un dependiente a su cargo o \$ 6,000 si tiene dos o más personas dependientes a su cargo. El porcentaje se basa en sus ingresos brutos anuales ajustados. La siguiente tabla le ayudará a determinar su porcentaje.

Si su ingreso bruto anual ajustado es:		El porcentaje del gasto del cuidado de dependientes que puede deducir de sus impuestos es del:
Desde	Hasta	
\$0	\$15,000	35%
\$15,000	\$17,000	34%
\$17,000	\$19,000	33%
\$19,000	\$21,000	32%
\$21,000	\$23,000	31%
\$23,000	\$25,000	30%
\$25,000	\$27,000	29%
\$27,000	\$29,000	28%
\$29,000	\$31,000	27%
\$31,000	\$33,000	26%
\$33,000	\$35,000	25%
\$35,000	\$37,000	24%
\$37,000	\$39,000	23%
\$39,000	\$41,000	22%
\$41,000	\$43,000	21%
\$43,000	Ilimitado	20%

***Ejemplo:** Imaginemos que los ingresos brutos anuales ajustados de un empleado son \$ 34,000 y que este empleado gasta \$ 2,600 cada año para el cuidado de un dependiente. Si comparamos \$ 2,600 con los \$ 3,000 permitidos para un dependiente, la menor de las dos cantidades es \$ 2,600. Para encontrar el porcentaje que puede deducir el empleado, fíjese en la tabla anterior. Dado que los ingresos brutos anuales ajustados son de \$ 34,000, el porcentaje del empleado será del 25%. Por lo tanto, la cantidad que el empleado podrá deducir de sus impuestos será de \$ 2,600 x 25%, es decir \$ 650.*

EXCLUSIÓN DE INGRESOS (CONTRIBUCIONES FSA PARA EL CUIDADO DE DEPENDIENTES)

En vez de optar por el Crédito Tributario por Cuidado de Dependientes, puede elegir retirar una cantidad concreta de sus ingresos antes de impuestos e incluirla en su FSA para Cuidado de Dependientes. Esta cantidad debe usarse destinarse durante el año para pagar los costes del cuidado de los dependientes a su cargo. La cantidad que deposite en la FSA estará libre de impuestos. Sin embargo, si usted o su cónyuge tienen un Ingreso del Trabajo (según se define en el Plan) inferior a \$ 5,000, la exclusión de ingresos se limitará al Ingreso del Trabajo que sea menor, el de usted o el de su cónyuge. Hay que tener en cuenta que la contribución máxima a la FSA para el cuidado de dependientes es de \$ 5,000 (o \$ 2,500, si está casado pero presenta una declaración de impuestos federal separada), independientemente del número de dependientes que tenga a su cargo.

Ejemplo: Este es un ejemplo de la comparación de un Crédito Tributario por Cuidado de Dependientes y la FSA de Cuidado de Dependientes para un empleado. Supongamos que el empleado está casado y que el empleado y su cónyuge calculan tener \$ 70,000 en ingresos brutos anuales ajustados (AGI), y un gasto en el cuidado de su hijo dependiente de \$ 2,800. Planean presentar una declaración de impuestos federal conjunta. Tras realizar la deducción estándar (\$ 24,400), su ingreso imponible federal sería de \$ 45,600. Supongamos que viven en un estado que utiliza la misma definición de ingresos imponibles que el IRS y una tasa impositiva del 5%. (Tenga en cuenta que las tasas de impuestos estatales sobre la renta varían de cero a aproximadamente el 13% y los estados pueden usar diferentes definiciones de ingresos imponibles. Las tasas de impuestos federales y las cantidades de deducción estándar en este ejemplo se refieren al año fiscal 2019).

	Usando crédito tributario	Usando la FSA
Ingreso sujeto a impuestos (sin la FSA de Cuidado a Dependientes)	\$45,600	\$45,600
Reducción: Contribución a la FSA de Cuidado a Dependientes	(0)	(2,800)
Ingreso sujeto a impuestos federales	\$45,600	\$42,800
Impuestos		
Federales (10% de los primeros \$19,400 de los ingresos sujetos a impuestos + 12% de los ingresos entre \$19,400 y \$78,950)	\$5,084	\$4,748
	5,355	5,141
Seguro Social y Cuidados Médicos (7.65% de los AGI (menos las contribuciones a FSA de Cuidado a Dependientes))	2,300	2,160
	\$12,739	\$12,049
Estatales (5.0% de los ingresos sujetos a impuestos)	(560)	(0.00)
Total	\$12,179	\$12,049
Reducción: Crédito tributario (20% de \$2,800)		
Impuestos Totales		

En este ejemplo, el empleado pagaría \$ 130 menos en impuestos utilizando la FSA para el cuidado de dependientes. Hay que tener en cuenta que esto es solo un ejemplo. Otros empleados podrían pagar menos impuestos utilizando el crédito tributario; usted debe realizar sus cálculos basándose en sus ingresos, gastos justificados y en el tipo de declaración tributaria. Además, debe considerar que la participación en la FSA puede afectar a otros créditos o deducciones fiscales que podrían ser aplicables en su caso, como el Crédito Fiscal por Ingreso del Trabajo o el Crédito Fiscal por Hijos. Le recomendamos consultar a un asesor fiscal para determinar qué aproximación es mejor en su caso concreto.

CALCULE SU CRÉDITO TRIBUTARIO

Utilice la siguiente tabla para determinar si debería usar el Crédito Tributario o la contribución FSA de Cuidado de Dependientes.

	Usando crédito tributario	Usando la exclusión de ingresos (FSA)
Ingresos federales sujetos a Impuestos (antes de las contribuciones a FSA)	\$ _____	\$ _____
Reducción: Contribución a la FSA de Cuidado a Dependientes	\$ _____	(\$ _____)
Ingreso sujeto a impuestos		\$ _____
Impuestos		
Federales* (____%)		
Estatales* (____%)	\$ _____	\$ _____
Seguro Social (generalmente el 7.65% del salario total; recuerde restar las contribuciones FSA en la segunda columna)	_____	_____
Total	_____	_____
Reducción: Crédito Tributario (% de la tabla en la página anterior basado en sus ingresos brutos ajustados X los gastos que espera tener por el cuidado a dependientes)	\$ _____	\$ _____
Impuestos Totales	(\$ _____)	
	\$ _____	\$ _____

*Los impuestos federales y estatales pueden variar dependiendo de sus ingresos sujetos a impuestos y del tipo de declaración. Calcule el porcentaje de impuestos para su caso particular o consulte con su asesor fiscal. Además, tenga en cuenta que Pensilvania y Nueva Jersey, a diferencia de otros estados, no excluyen las contribuciones de FSA para Cuidados de Dependientes de la tasa de los ingresos sujetos a impuestos.

USO DE AMBOS MÉTODOS: CRÉDITO TRIBUTARIO DE CUIDADO A DEPENDIENTES Y EXCLUSIÓN DE INGRESOS

Puede usar el Crédito Tributario para el Cuidado de Dependientes y la FSA para el Cuidado de los Dependientes (aunque no para los mismos gastos derivados del cuidado de los dependientes). Sin embargo, cualquier cantidad que excluya de los ingresos mediante la FSA de Cuidado a Dependientes reducirá el Crédito Tributario de \$3,000 o \$6,000, según sea aplicable en su caso.

Ejemplo: Los ingresos brutos anuales ajustados de un trabajador son de \$ 35,000 y el trabajador gasta \$ 2,600 al año para el cuidado de un dependiente. El trabajador decide destinar \$ 1,200 a una FSA de Cuidado de Dependientes para pagar una parte de los gastos. Si comparamos los gastos de cuidado de dependientes restantes del trabajador de \$ 1,400 con \$ 1,800 (\$ 3,000 - \$ 1,200), la menor de las dos cantidades es \$ 1,400. Dado que los

ingresos brutos ajustados del trabajador son de \$ 35,000, el porcentaje que le correspondería en la tabla es del 25%. Por lo tanto, la cantidad que el trabajador puede deducirse de sus impuestos será de $\$ 1,400 \times 25\% = \$ 350$.

CONSULTE SIEMPRE CON SU ASESOR FISCAL.

**PLAN DE BENEFICIOS DE SALUD Y BIENESTAR MILLER & LONG
DC., INC.**

DESCRIPCIÓN RESUMIDA DEL PLAN

Efectivo el 1 de enero de 2022

SOBRE ESTE RESUMEN

El siguiente es un resumen de algunas de las características principales del Plan de Beneficios de Salud y Bienestar Miller & Long DC., Inc. (el Plan). Le instamos a que lea atentamente este resumen.

Este resumen es la "Descripción resumida del Plan" para el Plan y está destinado a resumir el Plan en un lenguaje fácil de entender. Sin embargo, en caso de ambigüedad o cualquier inconsistencia entre esta Descripción resumida del Plan y cualquier documento formal del Plan, los documentos del Plan prevalecerán.

Las copias de los documentos formales del Plan para el Plan están archivadas en Miller & Long DC., Inc. (el Empleador) y están disponibles para su inspección en un momento y lugar de mutuo acuerdo para usted y al Empleador.

Si algo en esta Descripción resumida del plan no le queda claro, o si tiene preguntas sobre los beneficios del Plan o los procedimientos de reclamación del Plan, comuníquese con el Administrador del Plan.

NOTA: En algunos lugares de este Resumen, verá reglas temporales especiales que se aplican durante el "período de brote" de COVID-19. Esas reglas extienden el período de tiempo para que usted tome ciertas acciones. Según las reglas proporcionadas por el Servicio de Impuestos Internos (IRS) y el Departamento del Trabajo de EE. UU., el "Período de Brote" es un período de tiempo que comenzó el 1 de marzo de 2020 o, si es posterior, la fecha que el período de tiempo aplicable habría comenzado bajo las reglas normales del plan. El período de Brote para cualquier evento no puede durar más de un año, pero, para todos los eventos, finalizará 60 días después el fin de la Emergencia Nacional declarada por el gobierno federal, según lo determinado por el IRS y el Departamento de Trabajo (o en otra fecha anunciada por el IRS y el Departamento de Trabajo anuncien una fecha de finalización diferente). Cualquier extensión de tiempo basada en estas reglas del Período de brote se aplica sólo a un período de tiempo que de otro modo habría incluido al menos un día del Período de Brote.

Por ejemplo: Suponga que un empleado es elegible para un período de inscripción especial (como se describe en la sección "Participación" de este Resumen) porque el empleado se casó el 15 de junio de 2021. Ese empleado normalmente habría tenido 30 días (hasta el 15 de julio de 2021) para solicitar la inscripción a la cobertura médica para el nuevo cónyuge del empleado. Sin embargo, debido a que ese período especial de inscripción comenzó durante el período del brote, el período de inscripción especial normal de 30 días no comenzaría hasta el final del período del brote, por lo que el empleado tendría hasta el 30 días posteriores a la finalización del Período del Brote para solicitar la inscripción del nuevo cónyuge. El período de brote para la oportunidad de inscripción especial de este empleado finalizará a más tardar el 15 de junio de 2022, lo que significaría que el empleado tendría hasta el 15 de julio de 2021 para solicitar la inscripción de su cónyuge. Sin embargo, si el IRS y el Departamento de Trabajo anuncian una terminación anticipada del Período del brote, la fecha límite del empleado sería anterior (30 días desde el final del Período del brote). Tenga en cuenta que el empleado puede solicitar la inscripción en cualquier momento antes de esa fecha límite extendida, pero la inscripción del cónyuge en ese caso no entraría en vigencia hasta después de que el empleado solicite la inscripción, por lo que aún puede ser de interés para el empleado solicitar la inscripción tan pronto como sea posible, si el empleado desea que la cobertura para el cónyuge comience antes.

PLAN DE BENEFICIOS DE SALUD Y BIENESTAR MILLER & LONG DC., INC.
DESCRIPCIÓN RESUMIDA DEL PLAN
Efectivo el 1 de enero de 2022

TABLA DE CONTENIDOS

Nombre del Plan	1
Nombre y dirección comercial del empleador	1
Número de Identificación del Contribuyente del Empleador	1
Número de Plan	1
Tipo de Administración	1
Discreción del Administrador del Plan	1
Información de financiación de la cobertura de salud	1
Ley de Cuidado de la Salud Asequible	2
Año del Plan	2
Nombre, dirección comercial y número de teléfono del administrador del plan	2
Servicio de Proceso Legal	2
Tipo de Plan	2
Elegibilidad	2
Elegibilidad de dependientes	3
Participación	5
Terminación de la participación	9
Resumen de beneficios disponibles	11
Derechos de continuación y conversión	17
Continuación de Cobertura bajo COBRA (Aviso de COBRA)	17
Atención médica de emergencia	23
Pacientes para evaluar la atención	23
Privacidad de la información de salud	24
Beneficios médicos después del parto	24
Procedimientos de reclamos	24
Estatuto de limitaciones para reclamos del plan	40
Terminación o Modificación del Plan	40
Sin derecho a la continuación del empleo	40
No Asignación de Beneficios; Pagos a Proveedores	40
Coordinación de Beneficios	41
Subrogación/Derecho de reembolso	41
Contratos de Seguro	42
Sus derechos bajo ERISA	42
ANEXO: Crédito fiscal para el cuidado de dependientes versus FSA para el cuidado de dependientes	44

INFORMACIÓN GENERAL SOBRE EL PLAN

Nombre del Plan

Plan de beneficios de salud y bienestar Miller & Long DC., Inc.

Nombre y dirección comercial del empleador

Miller & Long DC, Inc.
4001 Brandywine Street, NW, Suite 400
Washington, DC 20016

Número de Identificación del Contribuyente del Empleador

27-5492647

Número de plan

501

Tipo de Administración

El Plan es administrado por el Administrador del Plan. Tenga en cuenta que las cuentas del beneficio del participante bajo el Plan son meramente asientos contables, ningún activo o financiamiento se paga, retiene o se invierte en cualquier fideicomiso o cuenta por separado, y no se pagan intereses ni se acreditan a ninguna cuenta de beneficios. Algunos beneficios pueden proporcionarse a través de contratos de seguro. En la medida en que cualquiera de los beneficios no se brindan a través de contratos de seguro, se pagan con cargo a los activos generales del empleador.

Discreción del Administrador del Plan

En el desempeño de sus funciones en virtud del Plan, el Administrador del Plan tiene autoridad discrecional para ejercer todos los poderes y tomar todas las determinaciones, de acuerdo con los términos del Plan, en todos los asuntos que le sean encomendados. La autoridad discrecional del Administrador del Plan incluye pero no se limita a la autoridad discrecional para interpretar las disposiciones del plan y hacer todas las determinaciones de hechos, incluidas determinaciones de hechos relacionadas con la elegibilidad para beneficios, y tomar todas las determinaciones que requieran la aplicación de hechos a los términos del Plan. Las determinaciones del Administrador del Plan deben ser respetadas y son definitivas y obligatorias para todas las partes interesadas. Los beneficios bajo este plan se pagarán sólo si el Administrador del Plan decide a su discreción que el solicitante tiene derecho a ellos.

Información de financiación de la cobertura de salud

Cigna, PO Box 182223, Chattanooga, TN 37422-7223 es el procesador de reclamos de sus beneficios médicos y dentales bajo el Plan. Cigna Vision, P.O. Box 385018, Birmingham, Alabama 35238-5018 es el procesador de reclamos de sus beneficios de la vista bajo el Plan. Los beneficios médicos, dentales y de la vista del Plan son obligaciones autofinanciadas del Empleador y no están garantizados bajo una póliza de seguro emitida por Cigna o cualquier otra compañía de seguros.

Ley de Cuidado de la Salud Asequible

Este Resumen incluye varias disposiciones que se requieren para cumplir con los requisitos de la reforma a la ley federal del cuidado de la salud (Ley de Protección al Paciente y Cuidado de la Salud Asequible de 2010 (PPACA por sus siglas en inglés), modificada por la Ley de Reconciliación de Cuidado de la Salud y Educación de 2010) y con las normas y otras orientaciones emitidas en virtud de esa ley. Siempre que este Resumen se refiere a la “Ley del Cuidado de Salud Asequible” se refiere a la PPACA, como fue modificada, y cualquier norma aplicable. Los requisitos de la reforma del cuidado de la salud de la Ley del Cuidado de Salud Asequible generalmente se aplican únicamente a la cobertura médica del Plan. Cuando este Resumen se refiere a la cobertura que está sujeta a la Ley del Cuidado de Salud Asequible, se refiere a la cobertura médica del Plan, incluido cualquier medicamento recetado o beneficios de la vista que se ofrecen como parte de un paquete combinado con la cobertura médica.

Año del Plan

El Año del Plan para el Plan es el período que comienza cada 1 de septiembre y finaliza el 31 de agosto siguiente, pero para efectos de la cuenta de beneficios de gastos médicos, dentales y flexibles del Plan, las referencias a “Año del plan” significan el año calendario, del 1 de enero al 31 de diciembre.

Nombre, dirección comercial y número de teléfono del administrador del plan

Miller & Long DC, Inc.
c/o Human Resources Department
4001 Brandywine Street, NW, Suite 400
Washington, DC 20016
(202) 524-4600

Servicio de Proceso Legal

El servicio del proceso legal puede hacerse al Administrador del Plan.

Tipo de Plan

Este Plan es una forma de plan de beneficios de bienestar para empleados llamado “plan de cafetería” porque le permite elegir los beneficios que recibirá del Plan. Se le da la oportunidad de ordenar al empleador que reduzca su salario en una cantidad específica. A continuación, puede utilizar el monto de la reducción de salario para adquirir beneficios bajo el Plan. Para ciertos beneficios, porque su salario se reduce antes de que se impongan los impuestos federales (y en la mayoría de los estados, los impuestos estatales), usted paga menos en impuestos si participa en el Plan. (Algunos beneficios pueden requerir que usted haga contribuciones después de impuestos).

Elegibilidad

Si es un empleado regular de tiempo completo del Empleador (es decir, si es programado para trabajar al menos treinta horas por semana, según lo determine el Empleador), usted y sus dependientes elegibles son elegibles para participar en el Plan a partir del día en que usted complete noventa días de empleo continuo con el Empleador (su "Fecha de participación"). A los fines de este requisito de empleo continuo que se aplica a los beneficios de salud del Plan, si se ausenta del trabajo debido a una condición de salud, su ausencia no interrumpirá su cumplimiento del requisito de empleo continuo. Es decir, cualquier período de servicio continuo que complete antes de su ausencia relacionada con la salud se aplicará al

requisito de empleo continuo y se agregará a cualquier período de servicio continuo que complete después de regresar al trabajo después de su ausencia relacionada con la salud.

Los empleados arrendados, personas clasificadas por el Empleador como empleados temporales del Empleador (según lo determine el Empleador), y empleados cubiertos por un acuerdo de negociación colectiva y sus dependientes (salvo que la participación en el Plan esté prevista en el acuerdo de negociación colectiva) no tienen permitido participar en el Plan. Una persona que no es caracterizado por el Empleador como un empleado del Empleador, pero que luego sea caracterizado por una agencia reguladora o tribunal como empleado, no será elegible por el período durante el que él o ella no sea caracterizado como un empleado por el Empleador.

Si usted es despedido por el Empleador y recontratado dentro de un período de seis meses, su fecha de participación será su fecha de recontratación. De lo contrario, su Fecha de Participación será el día en que complete noventa días de empleo continuo con el Empleador después de ser recontratado. Sin embargo, si lo vuelven a contratar durante el mismo Año del Plan y dentro de los 30 días posteriores al término de su anterior período de empleo elegible, por lo general no se le permitirá hacer una nueva elección de beneficios para ese Año del Plan, pero se restablecerá su elección anterior de beneficios.

Tenga en cuenta que su elegibilidad para cualquier beneficio en particular se determina según los términos del Plan aplicable a ese beneficio. Los Folletos de Beneficios entregados con este Resumen incluyen información sobre cualquier requisito de elegibilidad adicional o diferente que pueda aplicarse a beneficios específicos.

Elegibilidad de dependientes

(NOTA: esta sección de Elegibilidad de Dependientes no se aplica a beneficios de cuentas de gastos flexibles. Para obtener detalles sobre si los gastos de un miembro de la familia pueden cubrirse con una cuenta de gastos flexibles, consulte las explicaciones separadas de esos beneficios en la sección "Resumen de Beneficios Disponibles").

Para efectos de todos los beneficios disponibles bajo el Plan para los dependientes, su cónyuge está considerado un dependiente elegible (*cónyuge* y otros términos en *cursiva* usados en esta sección son definidos a continuación).

Los requisitos de elegibilidad de dependientes del Plan para hijos de empleados elegibles han sido modificados para cumplir con los requisitos de la Ley del Cuidado de Salud Asequible. Su *hijo/a* es elegible para la cobertura ofrecida a los dependientes bajo el Plan según las siguientes reglas:

1. Cobertura para hijos menores de 26 años. Sus dependientes elegibles incluyen a su *hijo/a* que sea menor de 26 años, independientemente del estado civil, estado de dependencia fiscal o estudiante del *hijo/a* e independientemente de si el *hijo/a* vive con usted.
2. Cobertura para hijos mayores con discapacidades. Para efectos de toda la cobertura ofrecida a dependientes bajo el Plan, su *hijo* soltero que es su *dependiente para fines de impuestos federales* para el año calendario aplicable es un dependiente elegible si él o ella es física o mentalmente incapaz de valerse por sí mismo, pero solo si la capacidad física o mental la incapacidad comenzó antes de que el hijo cumpliera 26 años.

Las siguientes definiciones aplican a los fines de esta sección de Elegibilidad de los Dependientes:

Hijo significa un hijo natural, un hijo legalmente adoptado que es menor de 18 años al momento de la adopción, un niño colocado con usted en adopción que es menor de 18 años en el momento de la colocación, un hijo de crianza (si el hijo es un "hijo de crianza elegible", como se define en el Código de Rentas Internas) o un hijastro. *Hijo* también incluye a cualquier otra persona cuya bienestar es su responsabilidad legal bajo tutela legal, acuerdo de divorcio por escrito, acuerdo de separación por escrito o una orden judicial.

Cónyuge significa una persona que es tratada como su cónyuge debido a un matrimonio que es reconocido como matrimonio a efectos de la ley federal de impuestos, que actualmente incluye cualquier matrimonio que sea reconocido como un matrimonio válido en el Estado, Distrito, territorio o jurisdicción extranjera en la que se produjo el matrimonio.

Dependiente para efectos fiscales federales.

Si alguien puede ser su *Dependiente para efectos fiscales federales* se determina según reglas del IRS. Para obtener detalles sobre los requisitos para que alguien sea su dependiente para efectos fiscales federales, consulte la Publicación 501 del IRS (disponible en línea en www.irs.gov/pub/irspdf/p501.pdf). Cualquiera que pueda reclamar como su dependiente en una declaración federal de impuestos calificará como su *dependiente para efectos fiscales federales* bajo el Plan. Sin embargo, para los fines de los beneficios de salud de este Plan, tenga en cuenta que incluso si su familiar no califica como su dependiente para efectos fiscales federales según las reglas del IRS únicamente porque (1) usted es dependiente de otra persona, o (2) él o ella presenta una declaración conjunta de impuestos con otra persona para el año en curso, o (3) sus ingresos son demasiado altos para que usted lo reclame como dependiente en su declaración de impuestos, ese miembro de la familia todavía se considera su *dependiente para efectos fiscales federales* a los efectos de los requisitos de elegibilidad de dependientes del Plan.

Además, para determinar si su hijo es su *dependiente para efectos fiscales federales*, se aplica una regla especial en casos de divorcio o separación legal o si usted y el otro padre de su hijo viven separado durante los últimos seis meses del año calendario si usted o el otro padre del hijo tiene la custodia del hijo y tiene derecho a reclamar al hijo como dependiente para efectos fiscales. En esos casos, siempre que al menos la mitad de la manutención del hijo para el año calendario aplicable sea provista por usted y el otro padre (y su cónyuges actuales, si los hay) juntos, el niño puede ser considerado su *dependiente para efectos fiscales federales* a efectos de los beneficios de salud del Plan.

Una persona que califique como su dependiente elegible no estará cubierta por ningún cobertura que proporcione beneficios a los dependientes a menos que haya elegido pagar y haya pagado la contribuciones adicionales requeridas, si las hubiere, para la cobertura de dependientes. Además, a menos que sea requerido por la ley de alguna otra forma, tenga en cuenta que su cónyuge o hijo no calificará como dependiente elegible mientras esté en servicio activo en las fuerzas armadas de cualquier país.

Usted es responsable de determinar si alguien califica como su cónyuge o dependiente para propósitos de las reglas de elegibilidad de dependientes del Plan, sujeto a la aprobación final del Empleador. El empleador puede solicitarle que proporcione pruebas de que una persona cumple con todos los requisitos de elegibilidad del Plan. Además, si en algún momento durante un Año del Plan su cónyuge o dependiente elegible se vuelve no elegible para la cobertura, usted es responsable de notificar al Empleador de ese cambio en elegibilidad.

Si usted y su cónyuge o dependiente elegible son empleados del Empleador y cada uno de ustedes cumple con los requisitos de elegibilidad del Plan para participar en el Plan como empleados, usted puede elegir cobertura médica, dental o de la vista solo para el empleado o uno de ustedes puede elegir cobertura familiar (o empleado y cónyuge o dependiente). Sin embargo, ningún empleado puede estar cubierto por la cobertura médica, dental y de la vista del plan como cónyuge o dependiente de otro empleado al mismo tiempo que él o ella también está cubierto por el Plan como empleado/participante.

Además, para los fines de la cobertura médica y dental del Plan, si un hijo de otro modo califica como dependiente elegible de más de un empleado elegible, el hijo puede inscribirse como el dependiente de un solo empleado al mismo tiempo. Por ejemplo, si usted y su cónyuge son ambos empleados elegibles del Empleador y eligen por separado cobertura médica bajo el Plan, solo uno de los padres puede inscribir a su hijo en su cobertura médica. En tales casos, depende de usted y del otro padre del hijo determinar qué padre inscribirá al niño en cada tipo de cobertura. Si ambos padres intentan inscribir a un hijo en el mismo período, una solicitud de la inscripción será denegada de acuerdo con los procedimientos establecidos por el Administrador del Plan.

Para cualquier cobertura asegurada ofrecida bajo el Plan, los términos del contrato de seguro, en lugar de esta sección de “Elegibilidad del dependiente”, determinará si alguna persona es su dependiente a los efectos de ese beneficio (si hay alguna diferencia entre el lenguaje en esta sección de Elegibilidad del Dependiente y los términos del contrato). Los Folletos de Beneficios proporcionados a usted con este Resumen incluirán cualquier requisito de elegibilidad de dependiente adicional o diferente que aplique para cualquier cobertura asegurada.

Todas las Órdenes Calificadas de Manutención Médica de Menores que requieran que el Plan proporcione la cobertura del Plan para los llamados "Receptores alternativos" serán cumplidas por el Plan de acuerdo con ley aplicable. (Estas órdenes son un tipo de orden de un tribunal o de una agencia administrativa que proporcionan cobertura para los hijos de los participantes del Plan). Según lo exige la ley aplicable, el Plan utiliza procedimientos para determinar si una orden de manutención médica de menores es una “orden de manutención médica de menores calificada” que debe cumplir el Plan. Previa solicitud al Administrador del Plan, usted puede recibir, sin costo alguno, un resumen de estos procedimientos.

Participación

(a) Período de Elección Inicial. Si aún no es participante del Plan, para convertirse en participante en su Fecha de Participación, debe ser un empleado activo del Empleador en su Fecha de Participación y debe completar correctamente y enviar un formulario de elección inicial a el Administrador del Plan (o completar un proceso de inscripción electrónica designado, si está disponible) antes de su Fecha de Participación y durante el período designado por el Administrador del Plan como su “período de inscripción” inicial. Solo para fines de beneficios médicos, se le tratará como un empleado activo en su Fecha de Participación incluso si está ausente del trabajo si su ausencia ocurre debido a una condición de salud (según lo determine el Empleador).

Sus elecciones de beneficios realizadas durante su período de inscripción inicial serán efectivas desde su Fecha de Participación hasta el último día del Año del Plan en el que cambie su elección de beneficios inicial (consulte la subsección (b) a continuación) o hasta que experimente un Cambio de Estado (consulte subsección (c) a continuación), ejerza un derecho de Período Especial de Inscripción (ver subsección (e) a continuación) o califique para cambiar sus elecciones por otras razones (consulte la subsección (d) a continuación).

Si no completa y envía correctamente un Formulario de Elección al Administrador del Plan durante su período de elección inicial, no participará automáticamente en el Plan.

(b) Períodos de Elección posteriores al Período de Elección Inicial. Después de completar el Formulario de Elección inicial, su elección de beneficio inicial permanecerá vigente indefinidamente o hasta que experimente un Cambio de Estado (consulte la subsección (c) a continuación), ejerza un derecho de Período especial de inscripción (consulte la subsección (e) a continuación) o califique para cambiar sus elecciones por otras razones (como se describe en la subsección (d) a continuación) o hasta que haga una nueva elección de beneficios al solicitar, completar y enviar un nuevo Formulario de Elección al Administrador del Plan para un Año del Plan futuro durante el período anterior al Año del Plan designado por el Administrador del Plan como el "período de elección" anual del Plan. Su nueva elección de beneficios entrará en vigencia a partir del primer día del Año del Plan posterior al período de elección en el que realiza su nueva elección de beneficios hasta que cambie su elección durante un período de elección posterior, o experimente un Cambio de estado, ejerza un derecho de Inscripción Especial o califique de otro modo para realizar un cambio de elección permitido por el Plan. Sin embargo, esta transferencia automática de elecciones anteriores no se aplica a sus elecciones con respecto a la participación en la cuenta de gastos flexibles de atención médica o la cuenta de gastos flexibles de atención médica de dependientes del Plan. Si no completa y envía un nuevo Formulario de Elección para estos beneficios, no recibirá cobertura automáticamente.

El Empleador, a su discreción, puede determinar que no ofrecerá un "período de elección" anual para un año del plan futuro. Si el Empleador determina que no habrá un "período de elección" anual o inscripción abierta para el próximo año, las elecciones que hizo en su Formulario de Elección más reciente se transferirán al año siguiente. Todavía podrá hacer cambios a su elección si usted o sus dependientes experimentan un Cambio de Estado, ejercen un derecho de Período de Inscripción Especial o califican para hacer un cambio por otras razones, como se describe a continuación.

Además, aunque sus elecciones de beneficios normalmente se traspasarán de un Año del Plan al siguiente como se describe anteriormente, el Empleador puede anunciar antes del comienzo de un Año del Plan que se requerirán nuevas elecciones para que todos los empleados elegibles participen en los beneficios para ese próximo año del plan. En tales casos, se anunciará un período de elección especial requerido para que todos los empleados elegibles realicen nuevas elecciones, que entrará en vigencia al comienzo del próximo Año del Plan. Un empleado que no haga una elección de los beneficios disponibles para el siguiente Año del Plan durante ese período de elección especial requerido dejará de participar en el Plan al final del Año del Plan en el que ocurra el período de elección especial requerido.

(c) Cambios de Elección para Reflejar Cambio de Estatus. Si actualmente participa en el Plan, puede, con la aprobación del Administrador del Plan y sujeto a los requisitos descritos a continuación y a cualquier condición o restricción que pueda imponer cualquier compañía de seguros que brinde beneficios bajo el Plan, cambiar sus elecciones presentando un Formulario de Cambio de Estado dentro de los 30 días posteriores a un evento de Cambio de Estado. Si actualmente no es un participante en el Plan pero ha cumplido con todos los requisitos para ser elegible para participar (a excepción de que no tenga una elección de beneficios vigente), con la aprobación del Administrador del Plan y sujeto a los requisitos descritos a continuación y cualquier condición o restricción que pueda imponer cualquier compañía de seguros que brinde beneficios bajo el Plan, puede convertirse en participante presentando un Formulario de Elección y un Formulario de Cambio de Estado dentro de los 30 días posteriores a que ocurra un evento de Cambio de Estado.

Según la ley aplicable, para que se le permita realizar un cambio en sus elecciones de beneficios debido a un evento de Cambio de Estado, el evento de Cambio de Estado debe resultar en que usted o su cónyuge o dependiente ganen o pierdan la elegibilidad para esa cobertura o cobertura similar bajo el Plan, un plan patrocinado por otro empleador para el cual usted está empleado o un plan patrocinado por el empleador de su cónyuge u otro dependiente. (Para beneficios de la cuenta de gastos flexibles para el cuidado médico de dependientes, también se le permite realizar un cambio de elección si un Cambio de Estado aumenta o disminuye sus gastos para el cuidado médico de dependientes elegibles y el cambio de elección corresponde al cambio en los gastos).

Cualquier cambio que desee realizar en sus elecciones de beneficios debe ser consistente con el evento de Cambio de Estado que ocurrió. El Empleador determinará si, según la ley aplicable, un cambio solicitado (o una nueva elección) es consistente con el Cambio de Estado que experimente. Por ejemplo, si se vuelve elegible para la cobertura de salud ofrecida por el empleador de su cónyuge porque se casa o porque su cónyuge cambia de empleador, puede cancelar su cobertura de salud bajo este Plan solo si certifica al Empleador que realmente se ha inscrito o tiene la intención de inscribirse en el otro Plan. Según la ley aplicable, no sería consistente con el Cambio de Estado si simplemente cancelara la cobertura de este Plan sin inscribirse en el otro plan.

En general, sus nuevas elecciones entrarán en vigencia tan pronto como sea posible después de la fecha en que complete y envíe el Formulario de Cambio de Estado y las elecciones sean aprobadas por el Administrador del Plan, y entrarán en vigencia, para la cuenta de gastos flexibles de atención médica o cobertura de cuenta de gastos flexibles de atención médica de dependientes, por el saldo del Año del Plan en el que se realiza la nueva elección o, para todas las demás coberturas, hasta que cambie sus elecciones de acuerdo con la Sección titulada "Períodos de Elección posteriores al Período de Elección Inicial" o experimente otro Cambio de Estado .

Usted experimentará un cambio de estado si:

- (1) su estado civil legal cambia, incluidos los cambios debido al matrimonio, la muerte de su cónyuge, el divorcio o la anulación legal;
- (2) hay un evento que le hace ganar o perder un dependiente;
- (3) usted, su cónyuge o su dependiente finaliza o comienza un empleo;
- (4) experimenta un aumento o reducción en las horas de trabajo (incluido un cambio entre empleo de tiempo parcial y tiempo completo, una huelga o un cierre patronal, o el comienzo o el final de una licencia sin goce de sueldo);
- (5) usted, su cónyuge o su dependiente se vuelven elegibles o pierden la elegibilidad para la cobertura bajo un plan ofrecido por el empleador de esa persona debido a un cambio en el estado laboral (por ejemplo, si su dependiente cambia de un empleo por hora a un empleo asalariado y el plan médico del empleador del dependiente cubre solo a los empleados asalariados);
- (6) ocurre un evento que hace que su dependiente cumpla o deje de cumplir los requisitos de cobertura debido a la consecución de la edad o circunstancia similar;
- (7) a efectos de los beneficios de la cuenta de gastos flexibles para el cuidado de dependientes, hay un evento que cambia la cantidad de dependientes menores de 13 años o mental o físicamente incapacitados; o

(8) para cualquier elección realizada después de impuestos, experimenta cualquier evento que, a criterio exclusivo del Administrador, califique como un Cambio de Estado.

(d) Otros cambios de elección. Salvo que se indique lo contrario a continuación, si tiene derecho a un cambio de elección descrito a continuación, debe solicitar el cambio dentro de los 30 días posteriores a que surja su derecho a cambiar su elección (según lo determine el Administrador del Plan, a su criterio).

(i) Órdenes que requieren cobertura. Si está sujeto a una sentencia, decreto u orden resultante de un divorcio o procedimiento similar que requiere que usted brinde cobertura médica a su hijo, usted o, si la orden lo requiere, el Administrador del Plan, puede cambiar sus opciones de cobertura médica (en la medida en que lo permita el Administrador del Plan, a su criterio) para brindar dicha cobertura y usted, o si así lo requiere la Orden, el Administrador del Plan, puede cambiar el monto de sus contribuciones de reducción salarial para cubrir el costo de dicha cobertura. Si su excónyuge u otra persona debe proporcionar cobertura para su hijo de conformidad con dicho fallo, decreto u orden y usted proporciona evidencia al Empleador de que dicha cobertura realmente se brinda, sujeto a la aprobación del Empleador, se le permitirá cambiar su elección para dejar de brindar cobertura médica a su hijo.

(ii) Inscripción en Medicare o Medicaid. Si usted o su cónyuge o dependiente se inscriben en Medicare o Medicaid, sujeto a la aprobación del Empleador, puede cambiar su elección para cancelar o reducir la cobertura médica para esa persona. Si usted o su cónyuge o dependiente pierden la elegibilidad para Medicare o Medicaid, nuevamente sujeto a la aprobación del Empleador, puede cambiar su elección para comenzar o aumentar la cobertura médica para esa persona.

(iii) Pago de la Cobertura COBRA. Si usted o su cónyuge o dependiente se vuelven elegibles para la cobertura de salud continua bajo el plan de salud del Empleador según lo dispuesto por COBRA o cualquier ley estatal similar, puede cambiar su elección para pagar esa cobertura de COBRA con contribuciones de reducción de salario.

(iv) Licencia FMLA. Si se ausenta conforme a la Ley de Ausencia Familiar y Médica de 1993 (FMLA, por sus siglas en inglés), puede realizar ciertos cambios de elección que sean permitidos por el Empleador de acuerdo con la FMLA.

(e) Períodos Especiales de Inscripción para Empleados y Dependientes. Si rechaza la inscripción en las opciones de cobertura de salud del Plan para usted o sus dependientes (incluido su cónyuge) debido a la cobertura de otro seguro médico o plan de salud grupal, es posible que pueda inscribirse usted y sus dependientes en las funciones de cobertura de salud del Plan si usted o sus dependientes pierden la elegibilidad para esa otra cobertura (o si un empleador deja de contribuir para su otra cobertura o la de sus dependientes). Sin embargo, debe solicitar la inscripción dentro de los 30 días posteriores a la finalización de su otra cobertura o la de sus dependientes (o después de que el empleador deje de contribuir a la otra cobertura). Tenga en cuenta que los días durante el "Período del brote", como se define en la página "Acerca de este resumen" al comienzo de este documento, no se cuentan para determinar si ha solicitado la inscripción dentro de ese período de 30 días (por lo que el período de 30 días se amplía para incluir también el Período de brote completo).

Además, si tiene un nuevo dependiente como resultado de matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción, es posible que pueda inscribirse usted y sus dependientes. Sin embargo, debe solicitar la inscripción dentro de los 30 días posteriores al

matrimonio, nacimiento, adopción o entrega en adopción (90 días en el caso de la incorporación de un cónyuge o hijo que no resulte en un aumento de su aporte). Tenga en cuenta que los días durante el "Período de brote" no se cuentan para determinar si ha solicitado la inscripción dentro del período de 30 días (por lo que el período de 30 días se extiende para incluir también el Período de brote completo).

Si usted o su dependiente elegible están cubiertos por Medicaid o un Programa Estatal de Seguro Médico para Niños (CHIP, por sus siglas en inglés) y esa cobertura finaliza, es posible que pueda inscribirse usted y cualquier dependiente afectado en la cobertura médica de este Plan. Debe solicitar la inscripción dentro de los 60 días posteriores a la finalización de la cobertura de Medicaid o CHIP. Además, si usted o su dependiente elegible se vuelven elegibles bajo Medicaid o un plan estatal CHIP para recibir asistencia financiera para pagar la cobertura de salud bajo este Plan, es posible que pueda inscribirse a sí mismo y a cualquier dependiente afectado en este Plan. Debe solicitar la inscripción dentro de los 60 días posteriores a la fecha en que una agencia gubernamental determine que es elegible para esa asistencia financiera. Tenga en cuenta que los días durante el "Período de brote" no se cuentan para determinar si ha solicitado la inscripción dentro de ese período de 60 días (por lo que el período de 60 días se extiende para incluir también el Período de brote completo).

Si es elegible para hacer una elección de inscripción especial descrita en esta sección, puede elegir la cobertura bajo cualquier opción de cobertura médica para la cual sea elegible bajo el Plan. Si es elegible para más de una opción de cobertura médica y actualmente está inscrito en una opción de cobertura, puede cambiar a una opción de cobertura médica diferente que esté disponible para usted. Los beneficios elegidos durante un período de inscripción especial entran en vigencia a más tardar el primer día del primer mes que comienza después de que usted elija correctamente la cobertura. Sin embargo, para una elección de inscripción especial basada en nacimiento, adopción o colocación en adopción, su cobertura entraría en vigencia a partir de la fecha del nacimiento, adopción o colocación en adopción.

Para solicitar una inscripción especial u obtener más información, comuníquese con el Administrador del Plan a la dirección proporcionada en este Resumen.

Terminación de la participación

Salvo que se indique lo contrario a continuación, la cobertura de un participante generalmente finaliza en la primera de las siguientes fechas:

- (a) El día en que el participante termina el empleo.
- (b) Con excepción de ciertos permisos de ausencia, el día en que el participante deja de calificar como empleado elegible del Empleador o un participante.
- (c) Para cualquier cobertura que requiera aportes del participante, si dichos aportes se interrumpen, el último día del período por el cual se pagan los aportes del participante.
- (d) Excepto en la medida requerida por la ley, el día en que el participante se presente para el servicio activo como miembro de las fuerzas armadas de cualquier país.
- (e) El día en que todos los beneficios, o los beneficios aplicables, finalicen por modificación del Plan, por terminación total o parcial del Plan o interrupción de las contribuciones por parte de un Empleador.

La cobertura para un dependiente elegible de un participante generalmente finaliza en la primera de las siguientes fechas:

- (a) El día en que el participante termina el empleo.
- (b) Con excepción de ciertos permisos de ausencia, el día en que el participante deja de calificar como empleado elegible del Empleador o participante.
- (c) Para cualquier cobertura que requiera aportes del participante, si dichos aportes se interrumpen, el último día del período por el cual se pagan los aportes del participante.
- (d) Excepto en la medida requerida por la ley, el día en que el dependiente elegible se presente para el servicio activo como miembro de las fuerzas armadas de cualquier país.
- (e) El día en que todos los beneficios, o los beneficios aplicables, finalicen por modificación del Plan, por terminación total o parcial del Plan o interrupción de las contribuciones por parte de un Empleador.
- (f) El día en que el dependiente elegible deja de ser un dependiente elegible.

La cobertura bajo el Plan también puede cancelarse para cualquier persona (o cualquier empleado o dependiente cubierto por la misma cobertura familiar que esa persona) que incurra en fraude o que haga una tergiversación material de los hechos relacionados con la cobertura. Por ejemplo, si alguien presenta a sabiendas un reclamo de beneficios por servicios médicos o suministros que en realidad no se proporcionaron, eso se consideraría fraude y daría lugar a la terminación de la cobertura. Un ejemplo de una tergiversación material de los hechos incluiría que un empleado firme un formulario de inscripción que indique que una persona es elegible para la cobertura como dependiente en un momento en que el empleado sabe que la persona no califica como dependiente del empleado. En tales casos, la cobertura puede cancelarse retroactivamente, si corresponde, según los detalles.

Para la cobertura que está sujeta a la Ley del Cuidado de Salud Asequible, la terminación retroactiva de la cobertura puede ocurrir solo en dos situaciones. La primera, como se indicó anteriormente, si no realiza ninguna contribución requerida para cubrir el costo de la cobertura antes de la fecha límite aplicable, la cobertura se cancelará retroactivamente al final del período para el cual se realizaron las contribuciones requeridas. También puede ocurrir una terminación retroactiva si usted o su dependiente (o cualquier persona que busque cobertura para usted o su dependiente) incurre en fraude con respecto al Plan, o hace una tergiversación intencional de un hecho material. En ese caso, el Plan proporcionará un aviso por escrito con al menos 30 días de anticipación a cualquier persona que se verá afectada por la terminación retroactiva de la cobertura.

La cobertura bajo el Plan puede extenderse después de la fecha en que el participante dejaría de serlo debido a cualquiera de las disposiciones anteriores si, en esa fecha, el participante está totalmente incapacitado por una enfermedad o lesión y está bajo el cuidado de un médico. Sin embargo, esta extensión de cobertura se aplica solo a la discapacidad y cualquier enfermedad o lesión relacionada (según lo determine el Empleador). Cualquier cobertura extendida de este tipo está sujeta a todos los términos de este Plan. En tales casos, la cobertura extendida finalizará en la primera de (i) la fecha en que el participante ya no esté totalmente discapacitado, (ii) la fecha en que el participante sea elegible para otra cobertura de salud bajo otro plan de salud grupal o Medicare o (iii) 90 días a partir de la fecha en que el participante dejaría de ser un participante en función de los eventos de Terminación de participación enumerados anteriormente.

Además, si su empleo finaliza debido a un despido, seguirá participando en el Plan durante 30 días adicionales después de la fecha en que terminaría su participación.

Si su cobertura finaliza bajo ciertas condiciones, es posible que tenga derecho a elegir la continuación de la cobertura para ciertos beneficios ofrecidos por el Plan. Consulte las secciones “Derechos de continuación y conversión” y “Aviso COBRA” de este Resumen para obtener más detalles.

Además, si toma un permiso de ausencia del empleo con el Empleador debido a servicio militar y su cobertura (para usted y su cónyuge o dependientes cubiertos) terminaría de otro modo, puede optar por continuar la cobertura bajo el Plan en la medida requerida por la Ley de Derechos de Empleo y Reempleo de los Servicios Uniformados de 1994 (USERRA, por sus siglas en inglés). Se le pedirá que pague por dicha cobertura en una cantidad determinada según USERRA. (Si su licencia es por un período de 30 días o menos, deberá pagar solo la cantidad que pagan los empleados activos por una cobertura similar). Esta continuación de cobertura es básicamente idéntica a la continuación de cobertura descrita en la sección de notificación COBRA de este Resumen y puede terminar por cualquiera de las razones por las que terminaría la continuación de cobertura COBRA, excepto que el período máximo de cobertura es diferente. Específicamente, tenga en cuenta que la continuación de la cobertura de USERRA finalizará a más tardar el primero de los siguientes días: (1) el último día del período de 24 meses que comienza en la fecha en que comienza su licencia militar; o (2) el día posterior a la fecha en que no solicita o regresa a un puesto de trabajo con el Empleador. Comuníquese con el Empleador si tiene preguntas sobre la cobertura durante los períodos de servicio militar.

Resumen de Beneficios Disponibles

Los siguientes beneficios están disponibles bajo el Plan. Cualquier contribución de reducción de salario que deba hacer para obtener cualquier beneficio elegido será determinada por el Empleador y se le comunicará a usted de vez en cuando. Tenga en cuenta que todas las elecciones y beneficios bajo el Plan están sujetos a una serie de reglas legales. Si alguna de estas reglas lo afecta o requiere un cambio en sus elecciones o beneficios, se le notificará.

Cobertura médica/de medicamentos recetados y de la vista. Si es elegible para participar en el Plan, puede comprar cobertura médica/de medicamentos recetados y de la vista. Una descripción detallada de esta cobertura aparece en los Folletos de Beneficios que se le entregan con este Resumen. Cualquier contribución de reducción de salario que deba hacer para obtener los beneficios será determinada por el Empleador y se le comunicará a usted de vez en cuando. La cobertura médica bajo el Plan cumplirá con los requisitos de cirugía reconstructiva de la Ley de Derechos sobre la Salud y el Cáncer de la Mujer de 1998.

Cobertura Dental. Si es elegible para participar en el Plan, puede comprar cobertura dental. Una descripción detallada de esta cobertura aparece en los Folletos de Beneficios que se le entregan con este Resumen. Cualquier contribución de reducción de salario que deba hacer para obtener los beneficios será determinada por el Empleador y se le comunicará a usted de vez en cuando.

Cobertura de seguro de vida/AD&D. Si es elegible para participar en el Plan, recibirá cobertura de seguro de vida/muerte accidental y desmembramiento (AD&D, por sus siglas en inglés) a cargo exclusivo del Empleador. Una descripción detallada de esta cobertura aparece en los Folletos de Beneficios que se le entregan con este Resumen.

Cobertura de discapacidad a largo plazo. Si usted es un empleado asalariado y es elegible para participar en el Plan, recibirá cobertura por discapacidad a largo plazo a cargo exclusivo del Empleador. Una descripción detallada de esta cobertura aparece en los Folletos de Beneficios que se le entregan con este Resumen.

Si es elegible para la cobertura por discapacidad a largo plazo, tiene la opción de recibir la cobertura como un beneficio libre de impuestos pagado por el empleador o tratarlo como un beneficio después de impuestos. Si elige recibir la cobertura como un beneficio libre de impuestos, eso significa que no tiene que pagar impuestos federales sobre la renta ni sobre la nómina (y es posible que no tenga que pagar impuestos estatales) sobre el monto que el empleador paga por la cobertura. Sin embargo, si se vuelve elegible para los beneficios por discapacidad durante el período de cobertura, generalmente estará sujeto a impuestos sobre esos pagos de beneficios. Según la otra opción, si elige recibir la cobertura como un beneficio después de impuestos, se le tratará como si estuviera recibiendo el valor de la cobertura como un beneficio sujeto a impuestos, por lo que estará sujeto al impuesto sobre la renta y la nómina sobre la cantidad que el Empleador paga por la cobertura. Sin embargo, si se vuelve elegible para los beneficios por discapacidad durante ese período de cobertura, cualquier pago de beneficios que reciba generalmente no estará sujeto a impuestos. Debe consultar con un asesor financiero si tiene preguntas sobre cómo debe pagar la cobertura de discapacidad a largo plazo.

Cobertura de discapacidad a corto plazo. Si usted es un empleado por hora y es elegible para participar en el Plan, recibirá cobertura por discapacidad a corto plazo a cargo exclusivo del Empleador. Una descripción detallada de esta cobertura aparece en los Folletos de Beneficios que se le entregan con este Resumen.

Cobertura del Programa de Asistencia al Empleado. Si es elegible para participar en el Plan, recibirá la cobertura del programa de asistencia al empleado a cargo exclusivo del Empleador. Una descripción detallada de esta cobertura aparece en los Folletos de Beneficios que se le entregan con este Resumen.

Cuenta de Gastos Flexibles para el Cuidado de la Salud. Las elecciones de cuentas de gastos flexibles se administran en función de un año calendario Año del Plan. Si es elegible para participar en el Plan, puede optar por tener contribuciones de reducción de salario, en un monto total que no exceda \$2,850 (para el año calendario 2022). La cantidad máxima de contribución del Plan es requerida por la ley federal. El IRS ajusta la cantidad máxima cada año en función de la inflación. El monto máximo de contribución del Plan también se ajustará automáticamente cada año en función del nuevo máximo anunciado por el IRS.

El Empleador también puede hacer contribuciones a una FSA de salud para cada empleado que se inscriba en la cobertura médica bajo el Plan durante el período anual de inscripción abierta del Plan y que elija contribuir a la FSA de salud. Para el Año del Plan 2022, el Empleador hará automáticamente contribuciones del Empleador a una FSA de Salud para dichos participantes equivalentes a \$100 para cualquier Empleado que se inscriba en cobertura médica individual para el Año del Plan o \$300 para cualquier Empleado que se inscriba en cobertura familiar bajo el Plan . Para años posteriores, el Empleador se reserva el derecho de contribuir montos diferentes o ningún monto, según se comunique a los Empleados elegibles durante cada período anual de inscripción abierta. Las contribuciones del empleador a su FSA de salud se acreditan incluso si usted no elige hacer sus propias contribuciones a la FSA de salud. Si elige hacer sus propias contribuciones, la contribución del empleador simplemente aumenta la cantidad disponible bajo la FSA de salud y no reduce la cantidad que puede contribuir. Las contribuciones del empleador están sujetas a todas las reglas que se aplican a las contribuciones de reducción de salario de los empleados en virtud de la FSA de salud, como se describe en esta sección y en otros documentos disponibles para los empleados. Las contribuciones del empleador se proporcionan solo para los Empleados elegibles que se inscriben en la cobertura médica durante el período de inscripción abierta aplicable y no se realizan para ningún Empleado que se inscriba en la FSA de salud después del comienzo del año calendario.

Si no utiliza todo el saldo de su FSA de salud con los gastos incurridos al final del año del plan, también hay un "período de gracia" que dura dos meses y medio después del final del Año del Plan (es decir, hasta 15 de marzo del año calendario siguiente). Los gastos elegibles incurridos durante el período de gracia también pueden ser reembolsados. El período de gracia se aplica solo si todavía participa en la FSA de salud el último día del año del plan. Aún se le tratará como participante en la FSA de Salud para este propósito si eligió la continuación de la cobertura de COBRA bajo la FSA de Salud y esa cobertura de COBRA está vigente el último día del Año del Plan. Si su participación en la FSA de Salud finaliza antes del final del Año del Plan, no hay período de gracia.

Por lo general, los gastos médicos elegibles son gastos en los que usted o su dependiente elegible (determinado como se describe a continuación) han incurrido y que no están cubiertos por ningún plan o cobertura médica proporcionada por el empleador, que cumplen con la definición de gastos médicos del Código de Impuestos Internos (incluyendo medicamentos recetado obtenidos legalmente, medicamentos de venta libre y productos de higiene de la menstruación), y que no se hayan tomado como deducción en ningún año.

Normalmente, los gastos son reembolsables solo si ya ha incurrido en el gasto (es decir, si ya ha recibido los servicios o medicamentos o suministros a los que se aplica el gasto). Sin embargo, los gastos elegibles para los servicios de ortodoncia que pague antes de que se brinden los servicios pueden reembolsarse en el momento en que se realice el pago por adelantado, pero solo en la medida en que deba realizar el pago por adelantado para recibir los servicios.

A los efectos de los reembolsos de la FSA de salud, "dependiente" incluye:

(1) su cónyuge;

(2) su hijo biológico, adoptivo o hijastro o su hijo adoptivo elegible si el hijo tendrá menos de 27 años el último día del año calendario en el que se incurre en el gasto (incluso si el hijo no es su dependiente para fines fiscales); y

(3) cualquier persona que se espera que sea su *dependiente para fines fiscales federales* (como se define a continuación) para el año calendario en el que se incurre en el gasto.

Para obtener detalles sobre los requisitos para que alguien sea su *dependiente para fines fiscales federales*, consulte la Publicación 501 del IRS (disponible en línea en www.irs.gov/pub/irspdf/p501.pdf). Cualquier persona que pueda reclamar como su dependiente en una declaración de impuestos federales calificará como su *dependiente para fines fiscales federales* para los beneficios de la FSA de salud. Sin embargo, para los fines de la FSA de salud, tenga en cuenta que incluso si su familiar no califica como su dependiente fiscal federal según las reglas del IRS únicamente porque (1) usted es dependiente de otra persona, o (2) él o ella presenta una declaración de impuestos conjunta con otra persona para el año en curso, o (3) su ingreso es demasiado alto para que usted lo declare como dependiente en su declaración de impuestos, ese miembro de la familia todavía se considera su *dependiente para fines fiscales federales* para los beneficios de la FSA de salud. El Administrador del Plan siempre tiene el derecho de solicitar documentación que indique que una persona califica como su cónyuge o dependiente para los fines de la FSA de salud y de denegar los beneficios si usted no proporciona la documentación adecuada cuando sea necesario. Si tiene alguna pregunta sobre si alguien califica como su dependiente a los fines de la FSA de salud, debe consultar a un asesor fiscal.

Para recibir un reembolso de su FSA de salud, debe enviar al Administrador del Plan una solicitud de reembolso en un formulario proporcionado por el Administrador del Plan. También debe proporcionar evidencia del monto, la naturaleza y el pago del gasto médico subyacente por el cual se solicita el reembolso, según lo exija el Administrador del Plan. A menos que el Administrador del Plan designe una fecha posterior, debe enviar sus solicitudes a más tardar el 15 de abril siguiente al final del año calendario (o período de gracia) en el que se incurrió en los gastos. Sin embargo, si deja de participar en la FSA de salud (porque finaliza su empleo o por cualquier otro motivo) antes de que finalice el Año del Plan, debe presentar todas las solicitudes de reembolso al Administrador del Plan a más tardar 60 días después de que deje de ser un participante en la FSA de Salud.

Tenga en cuenta que el límite de tiempo para presentar reclamos descrito en el párrafo anterior se extiende si ese límite de tiempo terminaría durante el Período del Brote (como se define en la página "Acerca de este resumen" al comienzo de este documento). Los días durante el Período del Brote no cuentan a efectos de dicho límite de tiempo.

Tenga en cuenta que los montos retenidos en su FSA de salud para los cuales no se haya recibido una solicitud válida de reembolso antes de la fecha límite descrita anteriormente se perderán.

Elegibilidad de la cuenta de ahorros para la salud

Debe tener en cuenta que, si usted o su cónyuge o cualquier dependiente elegible desea ser elegible para realizar contribuciones a la Cuenta de Ahorros para la Salud (HSA, por sus siglas en inglés), su participación en la FSA para la salud (incluida la participación automática basada únicamente en las contribuciones del Empleador) podría hacer que usted o su cónyuge o dependiente no sea elegible para hacer contribuciones a la HSA. Para evitar ese problema, tiene dos opciones:

(1) Puede elegir en su Formulario de Elección excluir a su cónyuge de la elegibilidad para los reembolsos de la FSA de salud, lo que simplemente significaría que no puede usar la FSA de salud para reembolsar los gastos incurridos por su cónyuge; o

(2) Puede elegir en su Formulario de Elección que la FSA de Salud sea tratada como una FSA de Salud de “alcance limitado”. Si elige esa opción, esa elección se aplicará a usted y a cualquier otro dependiente elegible bajo su FSA de salud. El monto aportado a su FSA de salud de alcance limitado (incluidas las contribuciones del Empleador) generalmente estaría disponible para pagar solo los gastos elegibles de atención dental o de la vista. No podría usar la FSA de salud para pagar o recibir un reembolso por ningún otro tipo de gastos.

Distribuciones de reservistas calificados

Si se le llama u ordena al servicio activo en un componente de reserva de los Estados Unidos por un período de 180 días o más o por un período indefinido (o por un período más corto que luego se amplía a 180 días o más), y la cantidad que ha recibido en reembolsos de su FSA de salud para el Año del plan es menor que la cantidad que ha contribuido, puede solicitar una Distribución de Reservista Calificado de su saldo no utilizado (la diferencia entre lo que ha contribuido y la cantidad de reembolsos que ha recibido). La distribución generalmente se trataría como una compensación sujeta a impuestos para usted. Debe solicitar la distribución antes de que finalice el período de gracia del Año del Plan durante el cual se le llama o se le ordena servicio activo. Si solicita una distribución, puede continuar presentando reclamos por gastos incurridos antes de realizar su solicitud, pero no puede presentar reclamos por gastos incurridos después de esa fecha. Su solicitud debe incluir una copia del documento que lo ordena o lo llama al servicio activo (si aún no lo proporcionó al Empleador). Si califica

para una Distribución de Reservista Calificado, la distribución se realizará dentro de un período razonable (no más de 60 días) después de que la solicite. Una vez que reciba una distribución equivalente a la totalidad de su saldo no utilizado, ya no será participante de la FSA de salud para ese año del plan y no podrá presentar ni recibir reembolsos por ningún reclamo adicional por gastos médicos elegibles. Para solicitar una Distribución de Reservista Calificado o para obtener más información, debe comunicarse con el Administrador del Plan a la dirección provista en este Resumen.

Cuenta de gastos flexibles para el cuidado de dependientes. Si es elegible para participar en el Plan, puede optar por recibir contribuciones de reducción de salario, en un monto total que no exceda los \$5,000 por año calendario o, para los participantes casados que presentan una declaración por separado, \$2,500 por año calendario, acreditados a su cuenta de gastos flexibles para el cuidado de dependientes (Cuidado de Dependientes FSA). Puede recibir montos de esta Cuenta, en efectivo, como reembolso de los Gastos Relacionados con el Empleo incurridos durante el Año del plan y mientras participe en la FSA para el cuidado de dependientes. Sin embargo, si no usa todo el saldo de su Cuenta con los gastos incurridos al final del Año del Plan, también hay un "período de gracia" que dura dos meses y medio después del final del Año del Plan (es decir, hasta el 15 de marzo del siguiente Año del Plan). Los gastos elegibles incurridos durante el período de gracia también pueden ser reembolsados. El período de gracia se aplica solo si todavía participa en la FSA para el cuidado de dependientes el último día del Año del Plan. Si su participación en la FSA para el cuidado de dependientes finaliza antes del final del Año del plan, no hay período de gracia.

El monto de cualquier reembolso por Gastos relacionados con el empleo no puede exceder el monto acreditado a su Cuenta en el momento de su solicitud de reembolso. En general, según la ley federal, los gastos relacionados con el empleo son gastos por servicios domésticos y gastos relacionados con el cuidado de una "persona calificada", en los que usted incurre para permitirle trabajar.

"Individuo Calificado" se define bajo la ley federal y actualmente significa alguien que es:

(1) su hijo (incluido un hijastro), hermano, hermana, hermanastro o hermanastra (o un descendiente de cualquiera de ellos, como su nieto o su sobrina o sobrino) menor de 13 años, que tiene la misma residencia principal que usted durante al menos la mitad del año calendario y que no proporciona al menos la mitad de su propia manutención durante el año calendario actual,

(2) su cónyuge que es física o mentalmente incapaz de cuidar de sí mismo y que tiene la misma residencia principal que usted durante al menos la mitad del año calendario o

(3) su *dependiente para fines fiscales federales* (como se define a continuación) que es física o mentalmente incapaz de cuidar de sí mismo y que tiene la misma residencia principal que usted durante al menos la mitad del año calendario.

Para obtener detalles sobre los requisitos para que alguien sea su *dependiente para fines fiscales federales*, consulte la Publicación 501 del IRS (disponible en línea en www.irs.gov/pub/irspdf/p501.pdf). Cualquier persona que pueda reclamar como su dependiente en una declaración de impuestos federales calificará como su *dependiente para fines fiscales federales* para los beneficios de la FSA para el cuidado de dependientes. Sin embargo, para los fines de la FSA para el cuidado de dependientes, tenga en cuenta que incluso si su familiar no califica como su dependiente fiscal federal según las reglas del IRS únicamente porque (1) usted es dependiente de otra persona, o (2) él o ella presenta una declaración de impuestos conjunta con otra persona para el año en curso, o (3) su ingreso es demasiado alto

para que usted lo declare como dependiente en su declaración de impuestos, ese miembro de la familia todavía se considera su *dependiente para fines fiscales federales* para los beneficios de la FSA para el cuidado de dependientes.

El Administrador del Plan siempre tiene derecho a solicitar documentación que demuestre que una persona califica como Persona Calificada según las reglas anteriores y a denegar los beneficios si usted no proporciona la documentación adecuada cuando se le solicita o si el Administrador determina que los gastos de cualquier persona no son elegibles para reembolso. Si tiene alguna pregunta sobre si alguien califica como su dependiente a los fines de la FSA para el cuidado de dependientes, debe consultar a un asesor fiscal. Además, tenga en cuenta que la determinación de si alguien es una persona calificada debe hacerse cada vez que se incurre en gastos. Por ejemplo, si su hijo tiene 12 años al comienzo del año calendario, los gastos elegibles para ese hijo pueden reembolsarse en virtud de la FSA para el cuidado de dependientes solo por los servicios prestados antes de que el hijo cumpla 13 años (a menos que el hijo sea mental o físicamente incapaz de cuidar de sí mismo).

El monto de los reembolsos que puede recibir de su FSA para el cuidado de dependientes libre de impuestos en un año calendario no puede exceder su Ingreso del trabajo (tal como se define en el Plan) o el Ingreso del trabajo de su cónyuge, lo que sea menor. Cualquier cantidad que reciba en exceso de esa cantidad estará sujeta a impuestos. Por lo tanto, por ejemplo, si tiene \$5,000 en su cuenta FSA para el cuidado de dependientes y usted y su cónyuge tienen un ingreso del trabajo de \$20,000 y \$4,000, respectivamente, puede recibir un reembolso de \$4,000 de la Cuenta libre de impuestos, y estará gravado sobre el valor de \$1,000 del reembolso que recibe. Si su cónyuge es un estudiante de tiempo completo o es incapaz de cuidar de sí mismo, se considerará que su cónyuge tiene ingresos del trabajo por cada mes que él o ella sea un estudiante de tiempo completo o esté incapacitado. El monto de las ganancias estimadas será de \$250 por mes, si brinda atención a una Persona calificada, o de \$500 por mes, si brinda atención a más de una Persona calificada.

Los Gastos relacionados con el empleo en los que se incurra por servicios fuera de su hogar pueden reembolsarse solo si se incurrieron para el cuidado de (i) una Persona calificada que es un hijo calificado menor de trece años (categoría (1) en la definición anterior de Persona calificada), o (ii) otra Persona Calificada que regularmente pasa por lo menos ocho horas cada día en su hogar. Además, si los servicios son proporcionados por un Centro de Atención a Dependientes (como se define a continuación), el Centro debe cumplir con las leyes y reglamentos aplicables de un gobierno estatal o local. Un “Centro de Atención a Dependientes” es cualquier instalación que brinda atención a más de seis personas que no residen en el centro y recibe una tarifa, pago o subvención por brindar servicios a cualquiera de las personas.

No se realizarán reembolsos por Gastos Relacionados con el Empleo por servicios prestados por cualquier persona por la cual usted o su cónyuge tengan derecho a una deducción en su declaración de impuestos federales para el año calendario correspondiente o que sea su hijo (incluido un hijastro o un hijo adoptivo) que será menor de 19 años al final del año.

Para recibir un reembolso de su FSA para el Cuidado de Dependientes, debe enviar una solicitud de reembolso al Administrador del Plan en un formulario proporcionado por el Administrador del Plan. También debe proporcionar evidencia del monto, la naturaleza y el pago del gasto subyacente por el cual se solicita el reembolso, según lo exija el Administrador del Plan. A menos que el Administrador del Plan designe una fecha posterior, debe enviar sus solicitudes a más tardar el 15 de abril siguiente al final del año calendario (o período de gracia) en el que se incurrió en los gastos. Sin embargo, si deja de participar en la FSA para el Cuidado de Dependientes (porque su empleo finaliza o por cualquier otro motivo)

antes del final del Año del Plan, debe presentar todas las solicitudes de reembolso al Administrador del Plan a más tardar 60 días después de dejar de ser un participante en la FSA para el Cuidado de Dependientes.

Tenga en cuenta que los montos retenidos en su FSA para el Cuidado de Dependientes para los cuales no se haya recibido una solicitud válida de reembolso antes de la fecha límite descrita anteriormente se perderán.

Según el Código de Rentas Internas, también puede reducir sus impuestos tomando un crédito fiscal para el cuidado de dependientes. Sin embargo, cualquier monto que excluya de los ingresos conforme a la FSA para el Cuidado de Dependientes reducirá, dólar por dólar, el crédito fiscal disponible. Se adjunta como Anexo un aviso que explica con más detalle los créditos fiscales para el cuidado de dependientes y las exclusiones de ingresos. El aviso también proporciona una hoja de trabajo para ayudarlo a determinar qué método de reducción de impuestos es más beneficioso para usted.

Los beneficios de la FSA para el Cuidado de Dependientes no están sujetos a la ley federal conocida como ERISA, por lo que la sección "Sus derechos conforme a ERISA" de este Resumen no se aplica a estos beneficios.

Derechos de continuación y conversión

Si recibe beneficios de atención médica en virtud del Plan, es posible que tenga derecho a continuar recibiendo incluso si finaliza su cobertura normal en virtud del Plan. Además, si alguno de sus beneficios de atención médica se brinda a través de un seguro, es posible que tenga derecho a convertir su cobertura para esos beneficios de la póliza grupal a una póliza individual. Si desea obtener más información sobre sus derechos de continuación o conversión de atención médica, comuníquese con el Administrador del Plan. Además, revise la siguiente sección sobre la continuación de la cobertura conforme a la ley federal conocida como "COBRA".

Continuación de Cobertura bajo COBRA (Aviso de COBRA)

Esta sección de "Aviso de COBRA" de la Descripción Resumida del Plan se aplica a los empleados y cónyuges cubiertos y dependientes que tienen cobertura de salud bajo el Plan. A los fines de este aviso, "Plan" se refiere únicamente a los beneficios médicos, de medicamentos recetados, dentales, de la vista y de cuenta de gastos flexibles para el cuidado de la salud descritos en este Resumen y no se pretende que este aviso se aplique a ningún otro tipo de beneficio.

Recibe este aviso porque está cubierto por un plan de salud grupal (el Plan). Este aviso tiene información importante sobre su derecho a la continuación de la cobertura de COBRA, que es una extensión temporal de la cobertura del Plan. **Este aviso explica la continuación de la cobertura de COBRA, cuándo puede estar disponible para usted y su familia, y qué debe hacer para proteger su derecho a obtenerla.** Cuando sea elegible para COBRA, también puede ser elegible para otras opciones de cobertura que pueden costar menos que la continuación de la cobertura de COBRA. (Tanto usted como, si está casado y su cónyuge está cubierto por el plan, su cónyuge debe tomarse el tiempo para leer detenidamente este aviso).

El derecho a la continuación de la cobertura de COBRA fue creado por una ley federal, la Ley de Reconciliación Presupuestaria Ómnibus Consolidada de 1985 (COBRA, por sus siglas en inglés). La continuación de la cobertura de COBRA puede estar disponible para usted y otros miembros de su familia cuando, de otra forma, finalizaría la cobertura de salud grupal. Para obtener más información sobre sus derechos y obligaciones en virtud del Plan y de la ley

federal, debe revisar la Descripción Resumida del Plan o comunicarse con el Administrador del Plan.

Es posible que tenga otras opciones disponibles cuando pierda la cobertura de salud grupal. Por ejemplo, puede ser elegible para comprar un plan individual a través del Mercado de Seguros Médicos. Al inscribirse en la cobertura a través del Mercado, puede calificar para costos más bajos en sus primas mensuales y costos de bolsillo más bajos. Además, puede calificar para un período de inscripción especial de 30 días para otro plan de salud grupal para el cual sea elegible (como el plan de su cónyuge), incluso si ese plan generalmente no acepta inscripciones tardías.

¿Qué es la continuación de la cobertura de COBRA?

La continuación de la cobertura de COBRA es una continuación de la cobertura del Plan cuando, de lo contrario, terminaría debido a un evento de vida conocido como “evento calificador”. Los eventos calificadores específicos se enumeran más adelante en este aviso. Después de un evento calificador, se debe ofrecer continuación de cobertura COBRA a cada persona que sea un “beneficiario calificado”. Usted, su cónyuge y sus hijos dependientes podrían convertirse en beneficiarios calificados si se pierde la cobertura del Plan debido al evento calificador. Según el Plan, los beneficiarios calificados que eligen la continuación de la cobertura de COBRA deben pagar la continuación de la cobertura de COBRA.

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

- Sus horas de trabajo se reducen, o
- Su empleo finaliza por cualquier motivo que no sea su mala conducta grave.

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

- Muere su cónyuge;
- Se reducen las horas de trabajo de su cónyuge;
- El empleo de su cónyuge finaliza por cualquier motivo que no sea su mala conducta grave;
- 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 calificadores:

- El padre-empleado muere;
- Se reducen las horas de trabajo del padre-empleado;
- El empleo del padre-empleado finaliza por cualquier motivo que no sea su mala conducta grave;
- Los padres se divorcian o separan legalmente; o
- El hijo deja de ser elegible para la cobertura del plan como “hijo dependiente”.

A los fines del Plan y de este aviso de COBRA, un “hijo dependiente” es cualquier persona cubierta por el plan como dependiente y como su hijo. “Hijo” para este propósito tiene el mismo significado que se proporciona en la sección “Elegibilidad del dependiente” de esta Descripción Resumida del Plan.

¿Cuándo está disponible la continuación de COBRA?

El Plan ofrecerá la continuación de la cobertura de COBRA a los beneficiarios calificados solo después de que se haya notificado al Administrador del Plan que se ha producido un evento calificador. El empleador debe notificar al Administrador del Plan de los siguientes eventos calificativos:

- El fin del empleo o la reducción de las horas de trabajo; o
- Muerte del trabajador.

Debe dar aviso de algunos eventos que califican

Para todos los demás eventos que califican (divorcio o separación legal del empleado y su cónyuge o la 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 última de (1) la fecha en que ocurrió el evento que califica o (2) la fecha en que la cobertura terminaría debido al evento calificador. Debe proporcionar este aviso, junto con cualquier documentación requerida a:

Miller & Long DC, Inc.
c/o Human Resources Department
4001 Brandywine Street, NW, Suite 400
Washington, DC 20016

Tenga en cuenta que el período de 60 días descrito anteriormente se extiende para cualquier evento calificador, si ese período de 60 días hubiera incluido cualquier día del Período del brote (como se define en la página "Acerca de este resumen" al comienzo de este folleto) . Los días durante el período del brote no cuentan para el límite de tiempo de 60 días.

Su aviso debe proporcionarse por escrito en una carta dirigida al Administrador del Plan. El aviso debe incluir:

- Su nombre, dirección, número de teléfono y número de identificación del plan de salud.
- El nombre, la dirección, el número de teléfono y el número de identificación del plan de salud de cualquier dependiente o cónyuge cuya elegibilidad se vea afectada por el evento calificador.
- Una descripción del evento calificativo y la fecha en que ocurrió.
- La siguiente declaración: "Al firmar esta carta, certifico que el evento calificador descrito en esta carta ocurrió en la fecha descrita en esta carta".
- Su firma.

También debe proporcionar, junto con la carta, documentación del evento ocurrido, como una fotocopia de una orden de divorcio o una orden de separación legal que muestre la fecha en que comenzó el divorcio o la separación legal. Si tiene alguna pregunta sobre qué tipo de documentación se requiere, debe comunicarse con el Administrador del Plan a la dirección provista en este aviso.

Además de aceptar una carta con la información descrita anteriormente, el Administrador del Plan, a su discreción, puede desarrollar y poner a disposición un formulario, que luego se puede completar para proporcionar el aviso requerido. Si dicho formulario está disponible, puede obtener una copia solicitándolo al Administrador del Plan en la dirección provista en este aviso.

¿Cómo se proporciona la continuación de la cobertura de COBRA?

Una vez que el Administrador del Plan reciba el aviso de que ha ocurrido un evento calificador, se ofrecerá la continuación de la cobertura de COBRA a cada uno de los beneficiarios

calificados. Cada beneficiario calificado tendrá el derecho independiente de elegir la continuación de la cobertura de COBRA. Los empleados cubiertos pueden elegir la continuación de la cobertura de COBRA en nombre de sus cónyuges, y los padres pueden elegir la continuación de la cobertura de COBRA en nombre de sus hijos.

La continuación de la cobertura COBRA es una continuación temporal de la cobertura. (NOTA: El resto de este párrafo se aplica a planes de salud que no sean el plan de cuenta de gastos flexibles de atención médica. Para las reglas que se aplican a la cuenta de gastos flexibles de atención médica, consulte la sección "Reglas especiales para cuentas de gastos flexibles de atención médica" a continuación.) La cobertura de COBRA generalmente dura 18 meses si el evento calificador es la terminación del empleo o la reducción de las 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. Hay dos maneras en las que se puede extender este período de 18 meses de continuación de la cobertura de COBRA.

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

Si la Administración del Seguro Social determina que usted o cualquier miembro de su familia cubierto por el Plan está discapacitado y notifica al Administrador del Plan de manera oportuna, usted y toda su familia pueden tener derecho a obtener hasta 11 meses adicionales de continuación de cobertura COBRA, por un máximo total de 29 meses. La discapacidad tendría que haber comenzado en algún momento antes del día 60 de continuación de cobertura COBRA y debe durar al menos hasta el final del período de 18 meses de continuación de cobertura COBRA. Para notificar al Administrador del Plan sobre una determinación de discapacidad, debe seguir los mismos procedimientos descritos anteriormente en "Debe notificar algunos eventos que califican". Su notificación debe incluir documentación de la decisión de la Administración del Seguro Social y debe proporcionarse dentro de los 60 días posteriores a la fecha de esa decisión o, si es posterior, dentro de los 60 días posteriores a (1) la fecha en que ocurrió el evento que califica original o (2) la fecha en que la cobertura terminaría de otro modo (si no se elige la cobertura COBRA) debido al evento calificador original. Sin embargo, independientemente de la fecha límite descrita en la oración anterior, su notificación debe proporcionarse a más tardar en la fecha en que terminaría su cobertura COBRA sin una extensión por discapacidad.

Tenga en cuenta que el período de 60 días para que notifique una determinación de discapacidad se extiende si ese período de 60 días hubiera incluido cualquier día del Período del brote (como se define en la página "Acerca de este resumen" al comienzo de este folleto). Los días durante el Período del Brote no cuentan para ese límite de tiempo de 60 días.

Extensión del segundo evento calificador del período de 18 meses de continuación de cobertura COBRA

Si su familia experimenta otro evento calificador durante los 18 meses de continuación de cobertura de COBRA, el cónyuge y los hijos dependientes de su familia pueden obtener hasta 18 meses adicionales de continuación de cobertura de COBRA, por un máximo de 36 meses, si se notifica adecuadamente al Plan sobre el segundo evento calificador (siguiendo los mismos procedimientos descritos anteriormente en "Debe notificar algunos eventos que califican"). Esta extensión puede estar disponible para el cónyuge y cualquier hijo dependiente que obtenga la continuación de la cobertura de COBRA si el empleado o ex empleado fallece, tiene derecho a los beneficios de Medicare (bajo la Parte A, la Parte B o ambas), o se divorcia o separa legalmente, o si el hijo dependiente deja de ser elegible bajo el Plan como hijo dependiente, pero esta extensión está disponible solo si el segundo evento que califica hubiera causado que

el cónyuge o hijo dependiente perdiera la cobertura bajo el Plan si no hubiera ocurrido el primer evento calificador.

Reglas especiales para cuentas de gastos flexibles de atención médica

Para una cuenta de gastos flexibles de atención de la salud (FSA de salud, por sus siglas en inglés), la continuación de la cobertura de COBRA está disponible **solo si** el monto que un beneficiario calificado tendría que pagar por la cobertura por el resto del Año del Plan es menor que el monto de los reembolsos que sería disponible para el beneficiario calificado si él o ella eligió la cobertura COBRA. Además, incluso si la continuación de la cobertura de COBRA está disponible, está disponible solo por el resto del Año del Plan en el que ocurre el evento calificador (más cualquier período de gracia que se aplique después del final de ese Año del Plan (como se describe en la SPD del Plan), pero solo si el beneficiario calificado mantiene la cobertura COBRA vigente hasta el último día del Año del Plan). La cobertura de COBRA bajo la FSA de salud no puede extenderse más allá de ese tiempo por ningún motivo.

EJEMPLO: suponga que un empleado eligió contribuir un total de \$1,200 a su cuenta FSA de salud durante un año del plan y luego su empleo finaliza seis meses después del comienzo del año del plan. En ese momento, ha aportado \$600 a su cuenta FSA a través de deducciones de nómina. Suponga que ella ya ha recibido \$800 en reembolsos de su cuenta por gastos incurridos antes de que terminara su empleo. En ese caso, el beneficio máximo que podría recibir de su cuenta por cualquier gasto elegible en el que incurra durante el resto del Año del Plan es de \$400. Sin embargo, si se le permitiera seguir participando en la FSA durante el resto del Año del Plan, tendría que pagar un total de \$600 (más unos \$12 en primas adicionales permitidas por COBRA) para continuar con esa cobertura. En ese caso, la cantidad que tendría que pagar (alrededor de \$612) es mayor que el máximo que podría recibir en reembolsos (\$400), por lo que no se le ofrecería continuación de cobertura COBRA conforme a la FSA. Por otro lado, si hubiera incurrido en gastos de \$588 o menos antes de la fecha de terminación, se le ofrecería la oportunidad de elegir la continuación de la cobertura COBRA conforme a la FSA por el resto del Año del Plan porque su beneficio máximo conforme al Plan por el resto del Año del Plan sería mayor que la cantidad que tendría que pagar (\$612).

Los plazos u otras reglas para presentar una solicitud de reembolso conforme a la FSA de salud seguirán aplicándose si elige la continuación de la cobertura conforme a la FSA de salud. Consulte la Descripción Resumida del Plan para obtener más detalles.

Período adicional de elección de continuación de cobertura para “individuos elegibles para TAA”

Además de las otras reglas de COBRA descritas en esta sección de la Descripción Resumida del Plan, existen algunas reglas especiales que se aplican si el Departamento de Trabajo de los EE. UU. lo clasifica como una "persona elegible para TAA". (Esto se aplica solo si califica para recibir asistencia en virtud de la Ley de Reforma de la Asistencia para el Ajuste Comercial (TAA, por sus siglas en inglés) de 2002 porque se queda desempleado como resultado del aumento de las importaciones o el traslado de la producción a otros países).

Si el Departamento de Trabajo lo clasifica como una persona elegible para TAA y no elige la continuación de la cobertura cuando pierde la cobertura por primera vez, puede calificar para un período de elección que comienza el primer día del mes en el que se convierte en un individuo elegible para TAA y dura hasta 60 días. Sin embargo, en ningún caso este período de elección puede durar más de seis meses después de la fecha de su pérdida de cobertura relacionada con TAA. Si elige la continuación de la cobertura durante este período de elección especial, su continuación de la cobertura comenzaría al comienzo de ese período de elección,

pero, para los fines de los períodos de cobertura requeridos que se describen en este Aviso, su período de cobertura se medirá a partir de la fecha de su pérdida de cobertura relacionada con TAA.

¿Existen otras opciones de cobertura además de la cobertura de continuación 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 del Mercado de Seguros Médicos, Medicare, Medicaid, el Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP, por sus siglas en inglés) u otras opciones de cobertura de planes de salud grupales (como el plan de un cónyuge).) a través de lo que se denomina un “período especial de inscripción”. Algunas de estas opciones pueden costar menos que la continuación de cobertura COBRA. Puede obtener más información sobre muchas de estas opciones en www.healthcare.gov.

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

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 meses¹ para inscribirse en la Parte A o Parte B de Medicare, a partir del primero de

- El mes después de que termine su empleo; o
- El mes posterior a la finalización de la cobertura del plan de salud grupal basada en el empleo actual.

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

Si está inscrito tanto en la continuación de cobertura de COBRA como en Medicare, Medicare generalmente pagará primero (pagador principal) y la continuación de cobertura de COBRA pagará en segundo lugar. Ciertos 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>

Si tiene preguntas

Las preguntas relacionadas con su Plan o sus derechos de continuación de cobertura COBRA deben dirigirse al contacto o contactos identificados a continuación. Para obtener más información sobre sus derechos en virtud de la Ley de Seguridad de los Ingresos para la Jubilación de los 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 grupales, comuníquese con la Oficina Regional o de Distrito de la Administración de

¹ <https://www.medicare.gov/sign-up-change-plans/how-do-i-get-parts-a-b/part-a-part-b-sign-up-periods>.

Seguridad de Beneficios del Empleado (EBSA, por sus siglas en inglés) del Departamento de Trabajo de EE. UU. más cercana 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 a través del sitio web de EBSA). Para obtener más información sobre el Mercado, visite www.HealthCare.gov.

Mantenga su plan informado de los cambios de dirección

Para proteger los derechos de su familia, informe al Administrador del Plan sobre cualquier cambio en las direcciones de los miembros de la familia. También debe conservar una copia, para sus registros, de cualquier notificación que envíe al Administrador del Plan.

Información de contacto del plan

Si tiene preguntas o necesita más información sobre la continuación de la cobertura de COBRA en virtud del Plan o para informar cualquier cambio de dirección, comuníquese con el Administrador del Plan a la dirección o al número de teléfono que se proporciona en este Resumen.

Atención médica de emergencia

Si cree que necesita atención médica de emergencia, no debe renunciar a esa atención porque cree que no estará cubierta por el Plan. Además, de acuerdo con la Ley de No Sorpresas, si está cubierto por la cobertura médica del plan, el Plan debe cubrir los servicios, suministros y tratamiento para la estabilización, evaluación y/o tratamiento inicial de una condición médica de emergencia cuando se brinda como paciente ambulatorio en la sala o departamento de emergencia de un hospital o en un departamento de emergencia independiente ("Servicios de emergencia") sin autorización previa y con costos compartidos dentro de la red. Además, la Ley No Sorpresas prohíbe la facturación de saldos por parte de proveedores no preferidos. Como resultado, su responsabilidad por los Servicios de emergencia se limitará a los montos de su deducible y coseguro.

Pacientes para evaluar la atención

El Empleador no asume ninguna responsabilidad por la atención médica reembolsada por el Plan que sea proporcionada por cualquier médico. Cada paciente debe evaluar la calidad de la atención y actuar en consecuencia. Ninguna disposición del Plan expresada en este Resumen o en los documentos del Plan debe interpretarse como una restricción del acceso o la prestación de servicios médicamente necesarios. La decisión de un paciente de renunciar a dicha atención no debe basarse en su interpretación de esta Descripción Resumida del Plan o los documentos del Plan.

Privacidad de la información de salud

A los fines de los beneficios de salud ofrecidos por el Plan, el Plan usa y divulga información médica sobre usted y cualquier dependiente cubierto solo cuando sea necesario para administrar el Plan. Para proteger la privacidad de la información de salud, el acceso a su información de salud se limita a tales fines. Las opciones de planes de salud que se ofrecen bajo el Plan cumplirán con los requisitos aplicables de privacidad de la información de salud de las Regulaciones federales emitidas por el Departamento de Salud y Servicios Humanos. Las políticas de privacidad del Plan se describen con más detalle en el Aviso de prácticas de privacidad de la información de salud o Aviso de privacidad del Plan. Si es un empleado y está cubierto por cualquiera de las opciones de beneficios de salud del Plan, debería haber recibido una copia del Aviso de privacidad del Plan con este Resumen (si no lo recibió anteriormente).

Además, una copia del Aviso de privacidad actual del Plan siempre está disponible a pedido. Comuníquese con el Administrador del Plan a la dirección que se indica más adelante en este Resumen si desea solicitar una copia del Aviso o si tiene preguntas sobre las políticas de privacidad del Plan.

Beneficios médicos después del parto

El Plan y cualquier compañía de seguros de salud que asegure los beneficios de salud bajo el Plan, generalmente no pueden, según la ley federal, restringir los beneficios para cualquier duración de la estadía en el hospital en relación con el parto de la madre o el recién nacido a menos de 48 horas después del parto vaginal, o menos de 96 horas después de una cesárea. Sin embargo, la ley federal generalmente no prohíbe que el proveedor que atiende a la madre o al recién nacido, después de consultar con la madre, dé de alta a la madre y/o al recién nacido antes de las 48 horas o las 96 horas, según corresponda. En cualquier caso, el Plan y cualquier compañía de seguros de salud no pueden, conforme a la ley federal, exigir que un proveedor obtenga autorización del Plan o de la compañía de seguros de salud, si corresponde, para recetar una estadía que no supere las 48 horas o las 96 horas, según corresponda.

Procedimientos de Reclamos

El siguiente resumen de los procedimientos de reclamos del Plan pretende reflejar los reglamentos de procedimientos de reclamos del Departamento de Trabajo y, para ciertos beneficios médicos, los requisitos aplicables de los reglamentos emitidos bajo la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio y debe interpretarse en consecuencia. Si hay algún conflicto entre este resumen y esas normas, prevalecerán las normas. Además, cualquier cambio en la ley aplicable se aplicará al Plan automáticamente a partir de la fecha de dichos cambios.

Para cualquier beneficio asegurado, los procedimientos de reclamos de la aseguradora generalmente se aplicarán en lugar de los procedimientos de reclamos descritos en este Resumen. Esta sección del Procedimiento de reclamos incluye descripciones de los requisitos mínimos para los procedimientos de reclamos que se aplican a los beneficios asegurados, pero los detalles completos de las reglas del procedimiento de reclamos para los beneficios asegurados se describen en el Folleto de Beneficios del asegurador que describe el beneficio asegurado específico. Si tiene preguntas sobre los procedimientos de reclamación de cualquier beneficio asegurado, debe comunicarse directamente con la aseguradora.

Tenga en cuenta que, para cualquier reclamo de un beneficio bajo el Plan que no esté sujeto a ERISA, no se aplican las reglamentaciones del Departamento de Trabajo. Para esos reclamos, incluidos los reclamos de beneficios de cuentas de gastos flexibles para el cuidado de dependientes, se aplicarán los procedimientos de reclamos descritos en esta sección que se aplican a otros beneficios que no sean beneficios de salud o discapacidad, pero cualquier requisito de que el Administrador del Plan (o una aseguradora) notifique a un reclamante sobre cualquier derecho bajo ERISA no se aplicará a dicho reclamo.

Para recibir los beneficios del Plan, debe seguir los procedimientos establecidos por el Administrador del Plan y/o la compañía de seguros que tiene la responsabilidad de realizarle los pagos de beneficios particulares. Si no sigue los procedimientos de reclamo del Plan, puede perder su derecho a un beneficio bajo el Plan, incluido cualquier derecho que pueda tener para presentar una acción legal por los beneficios.

Determinación adversa

A los fines de esta sección del Procedimiento de reclamos, una "determinación adversa" es cualquier denegación, reducción o terminación, o la falla por parte del Plan de proporcionar o realizar el pago (en su totalidad o en parte) de un beneficio, incluida cualquier decisión de

este tipo. que se basa en la determinación de la elegibilidad de una persona para participar en un beneficio bajo el Plan. Para cualquier cobertura que esté sujeta a la Ley del Cuidado de Salud Asequible y para cualquier beneficio por discapacidad que esté sujeto a ERISA, la "determinación adversa" también incluye cualquier rescisión de la cobertura. Una rescisión de cobertura generalmente es una terminación retroactiva de cobertura debido a fraude o tergiversación de un hecho material. Tenga en cuenta que la terminación de la cobertura por falta de pago de las contribuciones requeridas no se considera una rescisión y no está sujeta a estos procedimientos de reclamación, incluso si es retroactiva a la fecha hasta la cual se pagó la cobertura. El revisor determinará si una terminación de la cobertura se considera una "rescisión" y, por lo tanto, es una determinación adversa que está sujeta a estos procedimientos de reclamos según la ley aplicable.

Extensión temporal "Período de brote" de los períodos de tiempo para presentar reclamos y apelaciones

Tenga en cuenta que cualquier límite de tiempo descrito en este Resumen del procedimiento de reclamos o en un Folleto de beneficios para presentar un reclamo inicial o solicitar una revisión o apelación o revisión externa de una determinación adversa con respecto a un reclamo bajo un beneficio que está sujeto a ERISA se extiende si ese tiempo límite de lo contrario incluiría cualquier día en el Período del brote (como se define en la página "Acerca de este resumen" al comienzo de este documento). Los días durante el Período del Brote no cuentan a efectos de dicho límite de tiempo.

Reclamos iniciales

Los reclamos iniciales por los beneficios del Plan se hacen al Administrador del Plan o, si el beneficio está asegurado, al Asegurador que proporciona ese beneficio. El resto de estos procedimientos utiliza el término "Revisor" para referirse al Administrador del Plan o al Asegurador, cualquiera que sea el responsable de revisar un reclamo. Todos los reclamos deben presentarse por escrito (excepto en la medida en que se permitan reclamos orales para reclamos de atención de urgencia, como se describe a continuación) al Revisor. Las reclamaciones deben presentarse inmediatamente después de incurrir en un gasto. A menos que se aplique expresamente una fecha límite diferente en este Resumen o en virtud de un Folleto de Beneficios o contrato de seguro, no se aceptará, procesará ni pagará ningún reclamo inicial de ningún beneficio por ningún gasto si el reclamo inicial se presenta después de un año después de la fecha en que se incurrió en el gasto. (Para conocer los plazos para enviar solicitudes de reembolso de cuentas de gastos flexibles, consulte la sección "Resumen de beneficios disponibles" de este Resumen).

El Revisor revisará el reclamo por sí mismo o designará a una persona o entidad para que revise el reclamo, utilizando los siguientes procedimientos.

A los fines de estos procedimientos, "beneficio de salud" o "reclamo de salud" se refieren a beneficios o reclamos relacionados con la cobertura de cuentas de gastos flexibles médica, dental, de la vista o de atención médica. Además, un beneficio o reclamo se considera un "beneficio por discapacidad" o un "reclamo por discapacidad" para los fines de estos procedimientos si el beneficio o reclamo, incluidos los reclamos por beneficios por muerte accidental y desmembramiento, requiere que el Plan o una Aseguradora determinen si un reclamante ha experimentado una discapacidad.

(a) Reclamaciones de beneficios no relacionados con la salud y no relacionados con la discapacidad. Para cualquier reclamo que no sea un reclamo de salud o un reclamo por discapacidad, se notificará al Reclamante dentro de los 90 días posteriores a la presentación del reclamo si se permite o rechaza el reclamo, a menos que el Reclamante reciba una notificación

por escrito del Revisor antes de que finalice el plazo de 90 días en el que se establezca que las circunstancias requieren una prórroga del plazo para la resolución, en cuyo caso la prórroga no se extenderá más allá de 180 días contados a partir del día de la presentación de la demanda.

(b) Reclamos de beneficios de salud.

(i) Reclamaciones de atención de urgencia. Si el reclamo es por beneficios de salud de atención urgente, el Revisor notificará al Reclamante sobre la determinación de beneficios del Plan (ya sea adversa o no) tan pronto como sea posible, teniendo en cuenta las exigencias médicas, pero a más tardar 72 horas después de que el Plan reciba el reclamo, a menos que el Reclamante no proporcione suficiente información para determinar si, o en qué medida, los beneficios están cubiertos o son pagaderos en virtud del Plan. En los casos en que el Reclamante no proporcione suficiente información para decidir el reclamo, el Revisor notificará al Reclamante lo antes posible, pero a más tardar 24 horas después de que el Plan reciba el reclamo, de la información específica necesaria para completar el reclamo. La notificación podrá ser oral a menos que el Demandante solicite una notificación por escrito. Se le otorgará al Reclamante una cantidad de tiempo razonable, teniendo en cuenta las circunstancias, pero no menos de 48 horas, para proporcionar la información especificada. El Revisor notificará al Reclamante de la determinación del Plan tan pronto como sea posible, pero en ningún caso después de 48 horas después de (1) la recepción por parte del Plan de la información adicional especificada o (2) el final del período otorgado al Reclamante, lo que suceda primero, para proporcionar la información adicional especificada.

Un reclamo de beneficios de salud se considera un reclamo de atención urgente si la aplicación de los períodos de tiempo para tomar determinaciones de atención no urgente podría poner en grave peligro la vida o la salud del Reclamante o la capacidad del Reclamante para recuperar la función máxima o, en opinión de un médico con conocimiento de la condición médica del Reclamante, podría someter al Reclamante a un dolor intenso que no podría manejarse adecuadamente sin la atención o el tratamiento que es objeto de la reclamación. El Plan se remitirá a una determinación, si la hubiere, por parte de un proveedor de asistencia calificado de que un reclamo califica como un reclamo de atención de urgencia según la definición resumida en la oración anterior.

(ii) Reclamos de atención concurrente. Si el Plan ha aprobado un curso continuo de tratamiento de atención médica que se brindará durante un período de tiempo o una cantidad de tratamientos, cualquier reducción o finalización por parte del Plan del curso de tratamiento previamente aprobado (aparte de la modificación o finalización del Plan) antes del período de tiempo aprobado o el número de tratamientos constituye una determinación adversa. En tal caso, el Revisor notificará al Reclamante de la determinación adversa con suficiente anticipación a la reducción o terminación para permitir que el Reclamante apele y obtenga una determinación sobre la revisión de esa determinación adversa antes de la reducción o terminación del beneficio.

Cualquier solicitud de un Reclamante para extender un curso del tratamiento de atención de urgencia previamente aprobado más allá del período de tiempo aprobado o la cantidad de tratamientos se decidirá lo antes posible, teniendo en cuenta las exigencias médicas, y el Revisor notificará al Reclamante sobre la determinación del beneficio, ya sea adversa o no, dentro de las 24 horas posteriores en que El Plan reciba el reclamo, siempre que dicho reclamo se haga al Plan al menos 24 horas antes del vencimiento del período de tiempo prescrito o la cantidad de tratamientos.

(iii) Otras reclamaciones de beneficios de salud. Para cualquier reclamo de beneficios de salud no descrito anteriormente:

(A) Para cualquier reclamo de beneficios de salud previo al servicio, el Revisor notificará al Reclamante sobre la determinación de beneficios del Plan (ya sea adversa o no) dentro de un período de tiempo razonable apropiado a las circunstancias médicas, pero a más tardar 15 días después de que el Plan reciba el reclamo. Si, debido a circunstancias especiales, el Revisor necesita tiempo adicional para procesar un reclamo, se notificará al Reclamante, dentro de los 15 días posteriores a la recepción del reclamo por parte del Plan, sobre esas circunstancias especiales y cuándo el Revisor espera tomar su decisión. Bajo ninguna circunstancia el Revisor podrá extender el tiempo para tomar su decisión más allá de los 30 días posteriores a la recepción del reclamo. Si dicha extensión es necesaria debido a que el Reclamante no presentó la información necesaria para decidir el reclamo, el aviso de extensión debe describir específicamente la información requerida, y al Reclamante se le otorgarán por lo menos 45 días a partir de la recepción del aviso dentro de los cuales proporcione la información especificada.

Un reclamo de beneficios de salud se considera un reclamo previo al servicio si el reclamo requiere aprobación, en parte o en su totalidad, antes de obtener la atención médica en cuestión.

(B) Para cualquier reclamo de beneficios de salud posteriores al servicio, el Revisor notificará al Reclamante sobre la determinación adversa del Plan dentro de un período de tiempo razonable, pero a más tardar 30 días después de recibir el reclamo. Si, debido a circunstancias especiales, el Revisor necesita tiempo adicional para procesar un reclamo, se notificará al Reclamante, dentro de los 30 días posteriores a la recepción del reclamo por parte del Plan, sobre esas circunstancias especiales y cuándo el Revisor espera tomar su decisión. Bajo ninguna circunstancia el Revisor podrá extender el tiempo para tomar su decisión más allá de 45 días después de recibir el reclamo. Si dicha extensión es necesaria debido a que el Reclamante no presentó la información necesaria para decidir el reclamo, el aviso de extensión describirá específicamente la información requerida, y al Reclamante se le otorgarán por lo menos 45 días a partir de la recepción del aviso dentro de los cuales proporcione la información especificada.

Un reclamo de beneficios de salud se considera un reclamo posterior al servicio si es una solicitud de pago por servicios u otros beneficios ya proporcionados (o cualquier otro reclamo de beneficios de salud que no sea un reclamo previo al servicio).

(c) Reclamaciones de beneficios por discapacidad. Para cualquier reclamo de beneficios por discapacidad, el Revisor notificará al Reclamante sobre la determinación adversa del Plan dentro de un período de tiempo razonable, pero a más tardar 45 días después de recibir el reclamo. Si, debido a asuntos fuera del control del Plan, el Revisor necesita tiempo adicional para procesar un reclamo, se notificará al Reclamante, dentro de los 45 días posteriores a la recepción del reclamo, de esas circunstancias especiales y de cuándo el Revisor espera tomar su decisión, pero no más allá de los 75 días. Si, antes del final del período de prórroga, debido a asuntos fuera del control del Plan, no se puede emitir una decisión dentro de ese período de prórroga, el período para tomar la determinación puede extenderse hasta por 105 días, siempre que el Revisor notifique al Reclamante de las circunstancias que requieren la prórroga y la fecha en la que el Revisor espera tomar una decisión. El aviso de prórroga explicará específicamente los estándares en los que se basa el derecho a un beneficio por discapacidad, las cuestiones no resueltas que impiden una decisión sobre el reclamo y la información adicional necesaria del Reclamante para resolver esos problemas, y se le otorgará al Reclamante al menos 45 días dentro de los cuales proporcione la información especificada.

(d) Forma y contenido de la denegación de reclamaciones iniciales. Si el Revisor niega un reclamo, proporcionará al Reclamante un aviso por escrito o electrónico que incluya:

- (i) Una descripción de las razones específicas de la denegación;
- (ii) Una referencia a cualquier disposición del Plan o contrato de seguro en la que se base la denegación;
- (iii) Una descripción de cualquier información adicional que el Reclamante deba proporcionar para perfeccionar el reclamo (incluida una explicación de por qué se necesita la información);
- (iv) Notificación de que el Reclamante tiene derecho a solicitar una revisión de la denegación de la reclamación e información sobre los pasos a seguir si el Reclamante desea solicitar una revisión de la denegación de la reclamación;
- (v) Una declaración del derecho del Reclamante a iniciar una acción civil en virtud de una ley federal llamada "ERISA" luego de cualquier denegación en la revisión de la denegación inicial y una descripción de cualquier límite de tiempo que se aplicaría según el Plan para iniciar dicha acción.

Además, para una denegación de beneficios de salud, se proporcionará lo siguiente al Reclamante:

- (vi) Una copia de cualquier regla, lineamiento, protocolo u otro criterio similar en el que se haya basado para tomar la determinación adversa (o una declaración de que se proporcionará a pedido del Reclamante y sin cargo); y
- (vii) Si la determinación adversa se basa en la necesidad médica del Plan, tratamiento experimental o exclusión o límite similar, una explicación del juicio científico o clínico que aplica la exclusión o el límite a las circunstancias médicas del Reclamante (o una declaración de que el mismo se proporcionará a solicitud del Demandante y sin cargo).
- (viii) Para una determinación adversa relacionada con un reclamo de atención médica de urgencia, el aviso también incluirá información sobre el proceso acelerado que se aplica a dichos reclamos y la información descrita en esta Sección puede proporcionarse al Reclamante oralmente dentro del plazo permitido, siempre que se proporcione una notificación escrita o electrónica de acuerdo con esta Sección a más tardar tres días después de la notificación oral.

Para cualquier reclamo de beneficios por discapacidad, el aviso se proporcionará de una manera cultural y lingüísticamente apropiada de acuerdo con la ley aplicable con respecto a dichos avisos y también incluirá lo siguiente:

- (ix) Una discusión de la decisión del Plan, incluida una explicación por no estar de acuerdo o negarse a seguir:
 - (1) Las opiniones presentadas por el Reclamante al Plan de los profesionales de la salud que tratan al Reclamante y los profesionales vocacionales que evaluaron al Reclamante;
 - (2) Las opiniones de expertos médicos o vocacionales cuyo consejo se obtuvo en nombre del Plan en relación con la Determinación adversa, sin importar si se basó en el consejo para tomar la determinación; o

(3) Una determinación de discapacidad de la Administración del Seguro Social con respecto al Reclamante presentada al Plan por el Reclamante; y

(x) Si la determinación adversa se basa en una necesidad médica o tratamiento experimental o exclusión o límite similar, ya sea una explicación del juicio científico o clínico para la determinación, la aplicación de los términos del Plan a las circunstancias médicas del Reclamante, o una declaración de que dicha explicación se proporcionará sin cargo previa solicitud;

(xi) Ya sea las reglas, lineamientos, protocolos, estándares internos específicos u otros criterios similares del Plan en los que se basó para tomar la determinación adversa o, alternativamente, una declaración de que tales reglas, lineamientos, protocolos, estándares u otros criterios similares no existen. ; y

(xii) Una declaración de que el Reclamante tiene derecho a recibir, previa solicitud y sin cargo, acceso razonable y copias de todos los documentos, registros y otra información relevante para el reclamo.

Revisiones de determinaciones adversas iniciales

Si presenta un reclamo de beneficios del Plan y se le niega inicialmente según los procedimientos descritos anteriormente, puede solicitar una revisión de esa denegación según los siguientes procedimientos.

(a) Reclamaciones de beneficios no relacionados con la salud y no relacionados con la discapacidad. Para los beneficios que no sean beneficios de salud y discapacidad, se debe realizar una solicitud de revisión de un reclamo denegado por escrito al Revisor dentro de los 60 días posteriores a la recepción del aviso de la denegación inicial del reclamo. La decisión sobre la revisión se tomará dentro de un tiempo razonable, pero a más tardar 60 días después de que el Revisor reciba una solicitud de revisión, a menos que circunstancias especiales requieran una extensión del tiempo para el procesamiento, en cuyo caso se emitirá una decisión a más tardar 120 días siguientes a la recepción de una solicitud de revisión.

El Revisor le brindará al Reclamante la oportunidad de revisar y recibir, sin cargo, todos los documentos, información y registros relevantes y de presentar problemas y comentarios por escrito al Revisor. El Revisor tendrá en cuenta todos los comentarios, documentos, registros y otra información presentada por el Reclamante en relación con la reclamación, independientemente de si la información se presentó o consideró en la determinación inicial del beneficio.

(b) Reclamos de Beneficios de Salud y Discapacidad. Un Reclamante cuyo reclamo inicial de beneficios de salud o discapacidad sea denegado puede solicitar una revisión de esa denegación a más tardar 180 días después de que el Reclamante reciba el aviso de una determinación adversa. Con excepción de lo dispuesto a continuación para una revisión acelerada de un reclamo médico de atención de urgencia denegado, se debe presentar una solicitud de revisión por escrito al Revisor.

Un Reclamante puede solicitar una revisión acelerada de un reclamo médico inicial de atención de urgencia denegado. Dicha solicitud se puede realizar al Revisor de forma oral o por escrito y toda la información necesaria, incluida la determinación del Plan sobre la revisión, se transmitirá entre el Plan y el Reclamante por teléfono, fax u otro método igualmente rápido disponible.

Además de proporcionar el derecho a revisar documentos y enviar comentarios como se describe en (a) anterior, una revisión cumplirá con los siguientes requisitos:

(i) El Plan proporcionará una revisión que no otorgará deferencia a la determinación adversa inicial y que será realizada por un fiduciario designado apropiado del Plan que no tomó la determinación inicial que es objeto de la apelación, ni es un subordinado de la persona que hizo la determinación.

(ii) El fiduciario designado apropiado del Plan consultará con un profesional de la salud que tenga la capacitación y la experiencia adecuadas en el campo de la medicina involucrado en el juicio médico antes de tomar una decisión sobre la revisión de cualquier determinación inicial adversa basada en su totalidad o en parte. en un juicio médico, incluidas las determinaciones con respecto a si un tratamiento, medicamento u otro artículo en particular es experimental, de investigación o no es médicamente necesario o apropiado. El profesional contratado para los fines de una consulta en la oración anterior será una persona que no haya sido una persona consultada en relación con la determinación inicial que es objeto de la apelación, ni un subordinado de tal persona.

(iii) El Plan identificará al Reclamante los expertos médicos o vocacionales cuyo asesoramiento se obtuvo en nombre del Plan en relación con la determinación de revisión, sin importar si se basó en el asesoramiento para tomar la determinación de revisión.

(iv) Para fines de cualquier cobertura médica y para reclamos de beneficios por discapacidad, el Plan permitirá que un Reclamante revise el expediente del reclamo y presente evidencia y testimonio y cumplirá con los siguientes requisitos adicionales:

(A) El Plan proporcionará al Reclamante, sin cargo, cualquier evidencia nueva o adicional considerada, confiable o generada por o en nombre del Plan en relación con el reclamo tan pronto como sea posible y con suficiente anticipación a la fecha límite del Plan para proporcionar notificación de una denegación final de un reclamo (como se describe en estos procedimientos de reclamos y las Regulaciones aplicables) para dar al Reclamante una oportunidad razonable de responder antes de esa fecha; y

(B) Antes de que el Plan emita una decisión final sobre la revisión basada en un fundamento nuevo o adicional, se proporcionará al Reclamante, sin cargo, el fundamento de la decisión del Plan tan pronto como sea posible y con suficiente antelación a la fecha límite del Plan para proporcionar un aviso de una denegación final de un reclamo (como se describe en estos procedimientos de reclamos y las Regulaciones aplicables) para darle al Reclamante una oportunidad razonable de responder antes de esa fecha.

(c) Plazo para las Decisiones de Revisión.

(i) Reclamaciones urgentes de beneficios de salud. Para reclamos de atención médica de urgencia, el Revisor notificará al Reclamante sobre la determinación del Plan en revisión tan pronto como sea posible, teniendo en cuenta las exigencias médicas, pero a más tardar 72 horas después de que el Plan reciba la solicitud del Reclamante para la revisión de la determinación adversa inicial por el Plan, a menos que el Reclamante no proporcione suficiente información para determinar si, o en qué medida, los beneficios están cubiertos o son pagaderos bajo el Plan.

(ii) Otras reclamaciones de beneficios de salud.

(A) Para un reclamo de salud previo al servicio, el Revisor notificará al Reclamante sobre la decisión del Plan sobre la revisión dentro de un período de tiempo razonable adecuado a las circunstancias médicas, pero en ningún caso más de 30 días después

de que el Plan reciba la solicitud del Reclamante. para la revisión de la determinación adversa inicial.

(B) Para un reclamo de salud posterior al servicio, el Revisor notificará al Reclamante sobre la determinación de beneficios del Plan en revisión dentro de un período de tiempo razonable, pero en ningún caso más de 60 días después de que el Plan reciba la solicitud del Reclamante de la revisión de la determinación adversa inicial.

(iii) Reclamaciones de beneficios por discapacidad. En el caso de las reclamaciones por discapacidad, la decisión sobre la revisión se tomará dentro de un tiempo razonable, pero a más tardar 45 días después de que el Revisor reciba una solicitud de revisión, a menos que circunstancias especiales requieran una extensión del tiempo de procesamiento, en cuyo caso se tomará una decisión a más tardar 90 días después de recibir una solicitud de revisión.

(d) Forma y Contenido de la Notificación de Decisión en Revisión. Una vez completada la revisión de una determinación inicial adversa de reclamo, el Revisor le proporcionará al Reclamante un aviso por escrito o electrónico de su decisión sobre la revisión. Para cualquier determinación adversa en revisión, ese aviso incluirá:

- (i) una descripción de su decisión;
- (ii) una descripción de las razones específicas de la decisión;
- (iii) una referencia a cualquier disposición pertinente del Plan o del contrato de seguro en la que se base su decisión;
- (iv) una declaración de que el Reclamante tiene derecho a recibir, previa solicitud y sin cargo, acceso razonable y copias de todos los documentos, registros y otra información en los archivos del Plan que sea relevante para el reclamo de beneficios;
- (v) si corresponde, una declaración que describa el derecho del Reclamante a iniciar una acción de revisión judicial en virtud de la sección 502(a) de ERISA y una descripción de cualquier límite de tiempo que se aplique en virtud del Plan para iniciar dicha acción (incluidos los reclamos de beneficios por discapacidad , la fecha en que expiraría cualquier plazo aplicable para interponer tal acción);
- (vi) si corresponde, una declaración que describa cualquier procedimiento de apelación voluntario ofrecido por el Plan y sobre los derechos del Reclamante para obtener información sobre dichos procedimientos
- (vii) además de los puntos (i)-(vi) anteriores, para cualquier notificación de determinación adversa con respecto a los beneficios de salud (o beneficios por discapacidad si el reclamo se presentó el 1 de abril de 2018 o antes), se proporcionará lo siguiente:

(A) si se basó en una regla, lineamiento, protocolo u otro criterio similar interno para tomar la determinación adversa en la revisión, una declaración de que se proporcionará una copia de la regla, lineamiento, protocolo u otro criterio similar sin cargo previa solicitud; y

(B) si la determinación adversa en revisión se basa en una necesidad médica, tratamiento experimental o exclusión o límite similar, ya sea una explicación del juicio científico o clínico en el que se basó la determinación, aplicando los términos del Plan a la

condición médica del Reclamante, o una declaración de que dicha explicación se proporcionará sin cargo previa solicitud; y

(viii) además de los puntos (i)-(vi) anteriores, para reclamos de beneficios por discapacidad, el aviso de Determinación Adversa se proporcionará de una manera cultural y lingüísticamente apropiada de acuerdo con los Reglamentos aplicables u otra guía autorizada con respecto a dichos avisos e incluirá:

(A) Una discusión de la decisión del Plan, incluida una explicación por no estar de acuerdo o negarse a seguir:

(1) Las opiniones presentadas por el Reclamante de los profesionales de la salud que tratan al Reclamante y los profesionales vocacionales que evaluaron al Reclamante;

(2) Las opiniones de expertos médicos o vocacionales cuyo consejo se obtuvo en nombre del Plan en relación con la Determinación adversa, sin importar si se basó en el consejo para tomar la determinación; o

(3) Una determinación de discapacidad de la Administración del Seguro Social con respecto al Reclamante presentada al Plan por el Reclamante; y

(B) Si la Determinación Adversa se basa en una necesidad médica o tratamiento experimental o exclusión o límite similar, ya sea una explicación del juicio científico o clínico para la determinación, aplicando los términos del Plan a las circunstancias médicas del Reclamante, o una declaración que dicha explicación se proporcionará de forma gratuita previa solicitud; y

(C) Las reglas internas específicas, lineamientos, protocolos, estándares u otros criterios similares del Plan en los que se basó para tomar la Determinación Adversa o, alternativamente, una declaración de que tales reglas, lineamientos, protocolos, estándares u otros criterios similares no existen.

Requisitos adicionales para reclamos médicos y de discapacidad

Para cualquier determinación adversa que involucre cobertura médica, cualquier aviso de determinación adversa se proporcionará de una manera cultural y lingüísticamente apropiada de acuerdo con la ley aplicable con respecto a dichos avisos e incluirá (además de otros requisitos descritos anteriormente):

(1) información suficiente para identificar el reclamo en cuestión, incluida la fecha del servicio, el proveedor de atención médica y el monto del reclamo (si corresponde);

(2) una discusión de la decisión, así como la divulgación de cualquier código de denegación utilizado (y una explicación de su significado) y una descripción del estándar del Plan, si corresponde, que se utilizó para denegar el reclamo;

(3) una descripción de las apelaciones internas disponibles y los procesos de revisión externa, incluida la información sobre cómo iniciar una apelación;

(4) información (incluida la información de contacto) sobre la disponibilidad de cualquier oficina aplicable de asistencia al consumidor de seguros de salud u ombudsman

establecida de conformidad con la Ley del Cuidado de Salud Asequible para ayudar a las personas con reclamaciones y apelaciones internas y procesos de revisión externa; y

(5) una declaración que describa la disponibilidad, previa solicitud, de cualquier código de diagnóstico aplicable (y una explicación de su significado) y cualquier código de tratamiento aplicable (y una explicación de su significado).

Además, para todos los reclamos que involucren cobertura sujeta a la Ley del Cuidado de Salud Asequible y para reclamos de beneficios por discapacidad, el Plan se asegurará de que los reclamos y apelaciones se decidan de una manera diseñada para garantizar la independencia e imparcialidad de las personas involucradas en las decisiones de reclamos. Las decisiones relacionadas con la contratación, la compensación, el despido, la promoción o cuestiones similares no se tomarán en función de la probabilidad de que cualquier persona involucrada en la toma de decisiones sobre reclamaciones apoye la denegación de beneficios.

Cálculo de Períodos de Tiempo

A los fines de los períodos de tiempo especificados en esta sección de Procedimientos de reclamos, el período durante el cual se debe tomar una determinación de beneficios comienza cuando se presenta un reclamo o apelación de acuerdo con los procedimientos del Plan, sin importar si toda la información necesaria para tomar una decisión acompaña la reclamación. Si se extiende un período de tiempo debido a que un Reclamante no presenta toda la información necesaria para un reclamo inicial de beneficios de salud (aparte de los beneficios de atención de urgencia) o beneficios por discapacidad, el período para tomar la determinación se "congelará" a partir de la fecha en que el aviso solicitando información adicional se envíe al Reclamante hasta el día en que el Reclamante responde. Además, si se extiende un período de tiempo debido a que un Reclamante no presenta toda la información necesaria para una apelación de una determinación adversa para beneficios que no sean beneficios de salud, el período para tomar la determinación de la apelación se "congelará" a partir de la fecha en que el aviso solicitando información adicional se envíe al Reclamante hasta el día en que el Reclamante responde.

Incumplimiento de los procedimientos por parte del reclamante

Un reclamante debe seguir los procedimientos de reclamo descritos anteriormente para tener derecho a presentar cualquier acción legal por los beneficios del Plan (a menos que el Plan no siga esos procedimientos).

Incumplimiento de los procedimientos por parte del plan

Si el Plan no sigue sustancialmente los procedimientos de reclamación descritos anteriormente, se considerará que ha agotado los recursos administrativos disponibles en virtud del Plan y tendrá derecho a buscar cualquier recurso disponible en virtud de [ERISA] [ley estatal aplicable] sobre la base de que el Plan no ha proporcionado un procedimiento de reclamación razonable que produzca una decisión sobre los méritos de la reclamación.

Para cualquier reclamo que involucre cobertura médica, se considerará que ha agotado el proceso interno de reclamos y apelaciones del Plan si el Plan (o la Aseguradora) no se adhiere estrictamente a los procedimientos de reclamo del Plan (y las reglamentaciones aplicables, a menos que el incumplimiento del Plan de esos requisitos sea una infracción menor (como se define a continuación)). Si se considera que ha agotado el proceso interno de reclamos y apelaciones del Plan según la oración anterior, además del derecho a buscar cualquier recurso disponible bajo ERISA, tendrá derecho a buscar cualquier remedio bajo cualquier proceso de revisión externa disponible provisto bajo la ley federal o estatal.

Además, para reclamos de beneficios por discapacidad, se considerará que ha agotado el proceso interno de reclamos y apelaciones del Plan si el Plan (o la Aseguradora) no cumple estrictamente con los requisitos de los requisitos aplicables de la regulación aplicable, a menos que el incumplimiento del Plan de esos requisitos sea una "infracción menor" (como se define a continuación).

A los fines de esta Sección, el hecho de que el Plan no satisfaga las reglamentaciones aplicables del procedimiento de reclamación es una "infracción menor" si (i) la infracción no causa, y no es probable que cause, perjuicio o daño para usted, (ii) la infracción fue por una buena causa o debido a asuntos fuera del control del Plan, (iii) la infracción ocurrió en el contexto de un intercambio continuo de información de buena fe entre el Plan y usted y (iv) la infracción no es parte de un patrón o práctica de infracciones por parte del Plan. Si surge un problema con respecto a si se aplica esta excepción de infracción menor, puede solicitar una explicación por escrito de la infracción del Plan, y el Plan le proporcionará la explicación dentro de los 10 días, incluida una descripción específica de los motivos, si los hubiere, para afirmar que la infracción no debe dar por agotado el proceso interno de reclamos y apelaciones.

Para reclamos que involucran cobertura médica, si un revisor externo o un tribunal rechaza su solicitud de revisión inmediata sobre la base de que el Plan cumplió con los estándares para la excepción de infracción menor descrita anteriormente, se le permitirá volver a presentar y continuar con la apelación interna del reclamo. . En tal caso, dentro de un tiempo razonable después de que el revisor externo o el tribunal rechacen el reclamo para una revisión inmediata (que no exceda los 10 días), el Plan le notificará la oportunidad de volver a presentar y proseguir con la apelación interna del reclamo. Los períodos de tiempo para volver a presentar el reclamo comenzarán a correr a partir de la recepción del aviso.

Para reclamos que involucran beneficios por discapacidad, si un tribunal rechaza su solicitud de revisión inmediata sobre la base de que el Plan cumplió con los estándares para la excepción de infracción menor descrita anteriormente, el reclamo se considerará como presentado de nuevo en apelación una vez que el Plan reciba la decisión de la corte. En tales casos, dentro de un tiempo razonable después de que el Plan reciba la decisión, el Plan le enviará un aviso de la nueva presentación.

Revisión externa

(a) Proceso de revisión externa. Para los fines de cualquier cobertura que esté sujeta a la Ley del Cuidado de Salud Asequible, el Plan o la Aseguradora cumplirán con los requisitos aplicables de un proceso de revisión externo que se aplica según la ley federal o estatal. Para dicha cobertura que es autofinanciada, a menos que el Plan sea elegible y elija participar en un proceso de revisión externo diferente que esté disponible según la ley federal o estatal y que se considere adecuado para los fines de la Ley del Cuidado de Salud Asequible, el Plan cumplirá con los procedimientos provisionales para la revisión externa federal en el Comunicado Técnico 2010-01 del Departamento de Trabajo, modificado por el Comunicado Técnico 2011-02, como se resume en esta Sección, hasta que esos procedimientos sean reemplazados por otra guía. El Plan comenzará a cumplir con cualquier requisito nuevo para la guía de revisión externa en la fecha en que dichos requisitos sean aplicables al Plan o antes.

(b) Disponibilidad de revisión externa. La revisión externa no está disponible para todas las determinaciones adversas. Por ejemplo, la revisión externa no está disponible para una determinación adversa basada en una determinación de que un Reclamante no cumple con los requisitos de elegibilidad según los términos del Plan. La revisión externa está disponible solo para:

(i) cualquier determinación adversa interna final (o una determinación adversa interna inicial sobre un reclamo de atención de urgencia que califique para la revisión externa acelerada que se describe a continuación) que involucre juicio médico (incluidos, entre otros, aquellos basados en los requisitos del Plan para atención médica, necesidad, adecuación, entorno de atención médica, nivel de atención o eficacia de un beneficio cubierto, o que un tratamiento sea experimental o de investigación), según lo determine el revisor externo;

(ii) cualquier determinación adversa interna final que involucre una rescisión de la cobertura; o

(iii) artículos y servicios dentro del alcance de los requisitos de la ley federal conocida como la Ley de No Sorpresas (es decir, servicios de emergencia proporcionados por un proveedor no preferido, servicios de ambulancia aérea proporcionados por un proveedor no preferido, servicios auxiliares y otros servicios que no son de emergencia) , excepto que la revisión externa no está disponible cuando:

(A) la adjudicación de la reclamación resulta en una decisión que no afecta la cantidad que debe el Participante o el Dependiente cubierto;

(B) la disputa solo involucra montos de pago adeudados por el Plan a el proveedor; o

(C) el proveedor no tiene recurso contra el Participante o el Dependiente cubierto.

(iv) Cualquier otra determinación adversa final que sea elegible para revisión externa de acuerdo con la guía aplicable (según lo determine el Plan en el momento de la solicitud de revisión externa).

(c) Solicitud de revisión externa. Se debe presentar una solicitud de revisión externa al Plan a más tardar cuatro meses después de que el Reclamante reciba la notificación de una determinación adversa para la cual se encuentra disponible la revisión externa.

(d) Revisión preliminar. Dentro de los cinco días hábiles posteriores a la fecha en que el Plan recibe una solicitud de revisión externa, el Plan completará una revisión preliminar de la solicitud para determinar si:

(i) el Reclamante está o estuvo cubierto por el Plan en el momento en que se solicitó el artículo o servicio de atención médica o, para un reclamo posterior al servicio, estaba cubierto por el Plan en el momento en que se proporcionó el artículo o servicio de atención médica;

(ii) La determinación adversa no se relaciona con el incumplimiento por parte del Reclamante de los requisitos de elegibilidad según los términos del Plan;

(iii) el Reclamante ha agotado el proceso de apelaciones internas del plan (o si el Reclamante no está obligado a agotar el proceso de apelaciones internas conforme a las normas aplicables); y

(iv) El Reclamante ha proporcionado toda la información y los formularios requeridos para procesar una revisión externa.

Dentro de un día hábil después de que el Plan complete la revisión preliminar, el Plan emitirá un aviso por escrito al Reclamante. Si la solicitud está completa pero no es elegible para revisión externa, el aviso describirá las razones por las que la revisión externa no está disponible y, si corresponde, incluirá información de contacto de la Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados. Si la solicitud no está completa, el aviso describirá la información o los materiales necesarios para completar la solicitud y el Plan permitirá que el Reclamante perfeccione la solicitud de revisión externa dentro del período de presentación de cuatro meses o, si es posterior, dentro de los 48 horas después de que el reclamante reciba la notificación. Sin embargo, el período de tiempo para que un Reclamante responda a un aviso sobre una solicitud incompleta se extiende durante el Período de brote (como se define en la página "Acerca de este resumen" al comienzo de este Resumen). Los días del período del Brote no se cuentan para determinar si la información necesaria para perfeccionar una solicitud de revisión externa se proporciona dentro del período de tiempo especificado.

(e) Remisión a la Organización de revisión independiente. Las revisiones externas son realizadas por organizaciones de revisión independientes. El Plan asignará cada revisión externa a una organización de revisión independiente (IRO, por sus siglas en inglés) acreditada por URAC o una organización de acreditación similar reconocida a nivel nacional para realizar la revisión externa. El Plan contratará con al menos tres IRO diferentes. El Plan tomará medidas contra el sesgo y para garantizar la independencia de cada IRO y rotará las asignaciones de revisión entre ellos (o el Plan incorporará otros métodos independientes e imparciales para la selección de IRO, como la selección aleatoria, y documentará dichos métodos). Ninguna IRO será elegible para ningún incentivo financiero del Plan o del Empleador en función de la probabilidad de que la IRO apoye la denegación de beneficios.

Según un contrato entre el Plan y la IRO, la IRO que maneja las revisiones externas y el Plan deben cumplir con los siguientes requisitos de revisión externa:

(i) La IRO consultará con expertos legales cuando corresponda para tomar determinaciones de cobertura en virtud del Plan.

(ii) La IRO notificará oportunamente al Reclamante por escrito sobre la elegibilidad y aceptación de la solicitud para revisión externa. Este aviso incluirá una declaración de que el Reclamante puede enviar información adicional por escrito a la IRO dentro de los 10 días hábiles siguientes a la fecha en que el Reclamante recibe el aviso. La IRO debe considerar dicha información adicional al realizar la revisión externa si se presenta oportunamente y puede, pero no está obligada a aceptar y considerar información adicional presentada después de 10 días hábiles.

(iii) Dentro de los cinco días hábiles posteriores a la fecha en que se asigna la revisión a la IRO, el Plan le proporcionará a la IRO los documentos y cualquier información considerada para tomar la determinación adversa que se está revisando. El hecho de que el Plan no proporcione oportunamente los documentos y la información no debe retrasar la realización de la revisión externa. Si el Plan no proporciona a tiempo los documentos y la información, la IRO puede dar por terminada la revisión externa y tomar la decisión de revertir la determinación adversa. Dentro de un día hábil después de tomar la decisión, la IRO debe notificar al Reclamante y al Plan.

(iv) Después de recibir cualquier información presentada por el Reclamante, la IRO debe enviar la información al Plan dentro de un día hábil. Al recibir dicha información, el Plan puede reconsiderar su determinación adversa que está bajo revisión, pero cualquier reconsideración por parte del Plan no retrasará la revisión externa. La revisión externa puede darse por terminada en tales casos solo si el Plan decide revertir su determinación adversa y brindar cobertura o pago. Dentro de un día hábil después de tomar tal decisión, el Plan

notificará por escrito su decisión al Reclamante y a la IRO. La IRO debe terminar la revisión externa al recibir el aviso del Plan.

(v) La IRO revisará toda la información y los documentos recibidos oportunamente. Para llegar a una decisión, la IRO no estará obligada por ninguna decisión o conclusión alcanzada durante el proceso interno de reclamaciones y apelaciones del Plan. Además de los documentos y la información proporcionados, la IRO, en la medida en que la información o los documentos estén disponibles y la IRO los considere apropiados, considerará lo siguiente para tomar una decisión:

(A) Los registros médicos del Reclamante;

(B) La recomendación del profesional de atención médica que lo atiende;

(C) Informes de profesionales de la salud apropiados y otros documentos presentados por el Plan, el Reclamante o el proveedor tratante del Reclamante;

(D) Los términos del Plan, a menos que los términos sean inconsistentes con la ley aplicable;

(E) Pautas de práctica apropiadas, que deben incluir estándares aplicables basados en evidencia y pueden incluir cualquier otra guía de práctica desarrollada por el gobierno federal, sociedades, juntas y asociaciones médicas nacionales o profesionales;

(F) Cualquier criterio de revisión clínica aplicable desarrollado y utilizado por el Plan, a menos que los criterios sean inconsistentes con los términos del Plan o con la ley aplicable; y

(G) La opinión de cualquier revisor clínico para la IRO después de considerar la información o los documentos disponibles para el revisor clínico que el revisor clínico considere apropiados.

(vi) La IRO debe proporcionar una notificación por escrito de la decisión final de la revisión externa dentro de los 45 días posteriores a la recepción de la solicitud de revisión externa por parte de la IRO. La IRO debe entregar la notificación de la decisión final de revisión externa al Reclamante y al Plan.

(vii) El aviso de la IRO incluirá:

(A) Una descripción general del motivo de la solicitud de revisión externa, incluida información suficiente para identificar el reclamo (incluida la fecha o fechas del servicio, el proveedor de atención médica, el monto del reclamo (si corresponde), el código de diagnóstico y su significado correspondiente, el código de tratamiento y su significado correspondiente, y el motivo de la denegación anterior);

(B) La fecha en que la IRO recibió la asignación de realizar la revisión externa y la fecha de la decisión de la IRO;

(C) Referencias a la evidencia o documentación, incluidas las disposiciones específicas de cobertura y los estándares basados en evidencia, considerados para llegar a su decisión;

(D) Una discusión de la razón o razones principales de su decisión, incluyendo la justificación de su decisión y cualquier estándar basado en evidencia en el que se basó para tomar su decisión;

(E) Una declaración de que la determinación es vinculante, excepto en la medida en que otros recursos puedan estar disponibles según la ley estatal o federal para el Plan o para el Reclamante;

(F) Una declaración de que la revisión judicial puede estar disponible para el Demandante; y

(G) Información de contacto actual, incluido el número de teléfono, de cualquier oficina aplicable de asistencia al consumidor de seguros de salud u ombudsman establecida en virtud de la PPACA.

(viii) La IRO debe mantener registros de todos los reclamos y avisos asociados con el proceso de revisión externa durante los seis años posteriores a la fecha de su decisión final. Una IRO debe hacer que dichos registros estén disponibles para que los examine el Reclamante, el Plan o una agencia de supervisión estatal o federal previa solicitud, excepto cuando dicha divulgación infrinja las leyes de privacidad estatales o federales.

(e) Efecto de la Decisión de Revisión Externa. Una decisión de revisión externa es vinculante para el Plan, así como para el Reclamante, excepto en la medida en que existan otros recursos disponibles conforme a la ley estatal o federal, y excepto que el requisito de que la decisión sea vinculante no impida que el Plan realice el pago de la reclamación o proporcionar beneficios en cualquier momento. Al recibir un aviso de una decisión final de revisión externa que revoque una determinación adversa interna, el Plan proporcionará cualquier beneficio (incluso mediante el pago de la reclamación) de conformidad con la decisión final de revisión externa sin demora, independientemente de si el Plan tiene la intención de buscar judicialmente revisión de la decisión de revisión externa y a menos o hasta que haya una decisión judicial en contrario.

Revisión externa acelerada

(a) Disponibilidad de revisión externa acelerada. Un Reclamante puede solicitar una revisión externa acelerada con el Plan en el momento en que el Reclamante recibe una determinación adversa que de otro modo califica para una revisión externa (como se describe anteriormente) y que es:

(i) Una determinación adversa que involucre una condición médica del Reclamante para la cual el plazo para completar una apelación interna acelerada bajo los procedimientos normales del Plan para reclamos de atención urgente pondría en grave peligro la vida o la salud del Reclamante o pondría en peligro la capacidad del Reclamante para recuperar la función máxima y el Demandante ha presentado una solicitud de apelación interna acelerada; o

(ii) Una determinación adversa final, si el Reclamante tiene una afección médica en la que el plazo para completar una revisión externa estándar pondría en peligro grave la vida o la salud del Reclamante o pondría en peligro la capacidad del Reclamante para recuperar su función máxima, o si la determinación adversa interna final se refiere a una admisión, disponibilidad de atención, estadía continua o artículo o servicio de atención médica por el cual el Reclamante recibió servicios de emergencia, pero no ha sido dado de alta de un centro.

(b) Procedimientos para la revisión externa acelerada.

(i) En general. Los procedimientos normales para la revisión externa (como se describe anteriormente) se aplican a la revisión externa acelerada, excepto que se disponga lo contrario en esta sección.

(ii) Revisión preliminar. Inmediatamente después de recibir una solicitud de revisión externa acelerada, el Plan debe determinar si la solicitud es elegible para una revisión externa estándar. El Plan enviará inmediatamente al Reclamante una notificación de su determinación de elegibilidad que cumpla con los requisitos de notificación de revisión preliminar descritos anteriormente.

(iii) Remisión a la IRO. Tras una determinación de que una solicitud es elegible para revisión externa, el Plan asignará una IRO. El Plan proporcionará o transmitirá todos los documentos e información necesarios considerados para tomar la determinación adversa que se está revisando a la IRO electrónicamente o por teléfono o fax o cualquier otro método expedito disponible.

(iv) Aviso de decisión final de revisión externa. El contrato del Plan con la IRO requerirá que la IRO proporcione una revisión tan pronto como la condición médica o las circunstancias del Reclamante lo requieran, pero a más tardar 72 horas después de que la IRO reciba la solicitud de revisión externa acelerada. Si el aviso no es por escrito, dentro de las 48 horas posteriores a la fecha de entrega del aviso, la IRO deberá proporcionar una confirmación por escrito de la decisión al Reclamante y al Plan.

Beneficios Asegurados y Ley Estatal

Para cualquier beneficio asegurado bajo este Plan, nada en los procedimientos de reclamos del Plan se interpretará para reemplazar cualquier disposición de cualquier ley estatal aplicable que regula los seguros, excepto en la medida en que dicha ley impida la aplicación de los procedimientos de reclamos del Plan.

Estatuto de limitaciones para reclamos del plan

Tenga en cuenta que no se puede iniciar ni mantener ninguna acción legal para recuperar los beneficios del Plan más de 12 meses después de que el Administrador del Plan haya dictado (o considerado dictada) la decisión final de revisión/apelación.

Terminación o Modificación del Plan

El Empleador espera mantener el Plan indefinidamente como un programa de beneficios para empleados. Sin embargo, el Empleador tiene el derecho, a su exclusivo criterio, de cancelar o modificar cualquier disposición del Plan en cualquier momento. Por lo tanto, ningún participante del Plan (incluido cualquier futuro jubilado o jubilado que ya se haya jubilado) tiene derecho al disfrute continuo de cualquier beneficio particular bajo el Plan después de la terminación o modificación del Plan que afecte esos beneficios.

Sin derecho a la continuación del empleo

Ninguna disposición del Plan o de este Resumen se interpretará como otorgando a ningún empleado ningún derecho de empleo continuo con el Empleador o prohibiendo de alguna manera cambios en los términos de empleo de cualquier empleado cubierto por el Plan.

No Asignación de Beneficios; Pagos a Proveedores

Salvo que se indique expresamente lo contrario en este Resumen o en un Folleto de beneficios correspondiente, ningún participante o beneficiario puede transferir, ceder o prometer ningún beneficio del Plan, y ningún beneficio del Plan estará sujeto de ninguna manera a anticipación, enajenación, venta, transferencia, cesión, prenda, gravamen o cargo, y cualquier intento de hacerlo será nulo. Además, ningún beneficio bajo el Plan será de ninguna manera responsable o sujeto a las deudas, contratos, responsabilidades, compromisos o agravios de ninguna persona.

El Administrador puede, a su discreción, elegir hacer un pago directo a un proveedor de servicios para los cuales los beneficios están disponibles bajo un Plan Componente y dicho pago directo al proveedor por parte del Plan no se considerará una cesión o enajenación bajo el Plan o cualquier Plan Componente, y ni la dirección de un participante del Plan, o cualquier dependiente elegible o cubierto para realizar dicho pago, ni el pago en sí mismo se interpretará como una cesión de beneficios o como un reconocimiento por parte del Administrador de la validez de cualquier intento de enajenación o asignación de beneficios bajo el Plan ni dicho pago conferirá al beneficiario ningún derecho además del derecho a recibir el pago por el monto de ese pago específico.

Ninguna Persona Cubierta podrá, en ningún momento, ya sea mientras esté cubierta por el Plan o después de la terminación de la cobertura, ceder su derecho a demandar para recuperar los beneficios del Plan, o hacer valer los derechos adeudados en virtud del Plan o cualquier otra causa de acción que pueda tener contra el Plan o sus fiduciarios.

El Plan cumplirá con cualquier Orden calificada de manutención médica infantil (QMCSO, por sus siglas en inglés) que proporcione la cobertura del Plan para un Beneficiario alternativo, de la manera descrita en ERISA §609(a) y en los Procedimientos QMCSO del Plan.

Coordinación de Beneficios

Las disposiciones de coordinación de beneficios descritas en los Folletos de Beneficios que se le entregan con este Resumen, tal como las interpreta el Administrador del Plan (o la aseguradora, si corresponde) a su discreción, controlan todas las situaciones de coordinación de beneficios que involucran al Plan y otros pagadores.

Subrogación/Derecho de Reembolso

Como condición para recibir beneficios médicos, dentales, de la vista, por discapacidad o cualquier otro beneficio bajo el Plan, todas las personas cubiertas, incluidos todos los dependientes cubiertos, aceptan transferir al Plan sus derechos para presentar un reclamo, demandar y recuperar daños cuando la lesión o la enfermedad que da lugar a las prestaciones se produce por acción u omisión de otra persona. Alternativamente, si una persona cubierta recibe una recuperación total o parcial, por medio de un fallo, acuerdo o de otro modo, de otra persona, organización o entidad comercial, la persona cubierta acepta reembolsar al Plan, en primera prioridad, por cualquier daño médico, de discapacidad o cualquier otro beneficio pagado por él (es decir, el Plan primero será reembolsado en su totalidad, en la medida de todos y cada uno de los beneficios pagados por él, de cualquier dinero recibido, con el saldo, si lo hubiere, retenido por la persona cubierta). La obligación de reembolsar al Plan, en su totalidad, en primera prioridad, existe independientemente de si el fallo o acuerdo, etc. designa específicamente la recuperación, o una parte de la misma, que incluye gastos médicos, de discapacidad u otros. Además, la obligación de reembolsar el Plan, en su totalidad, en primera prioridad, existe independientemente de si la sentencia, conciliación u otra recuperación, junto con todas las demás recuperaciones anteriores o anticipadas, compensa completamente a la persona cubierta por cualquier daño que la persona cubierta pueda haber experimentado. Esta

disposición es efectiva independientemente de que se firme un acuerdo a tal efecto. Los derechos de recuperación total del Plan, ya sea mediante subrogación o derecho de reembolso, pueden provenir de los fondos que la persona cubierta recibe o tiene derecho a recibir de un tercero, cualquier responsabilidad u otro seguro que cubra al tercero, el propio seguro de automovilista no asegurado de la persona cubierta o seguro de automovilista con seguro insuficiente, cualquier pago de beneficio médico, de discapacidad u otro, cobertura de seguro escolar o sin culpa, u otros montos que se paguen o sean pagables a la persona cubierta o en su nombre. El Plan puede hacer valer sus derechos de reembolso o subrogación requiriendo que la persona cubierta haga valer un reclamo de cualquiera de las coberturas anteriores a las que pueda tener derecho. El Plan no pagará los honorarios de abogados ni los costos asociados con el reclamo de la persona cubierta sin la autorización previa, expresa y por escrito del Plan. El Plan no estará sujeto a la doctrina de “indemnización integral”, la doctrina del “fondo común” u otras reglas de subrogación del derecho consuetudinario o teorías legales similares.

Además, cada participante y cada persona cubierta, como condición y consecuencia de recibir beneficios médicos, de discapacidad o de cualquier otro tipo bajo el Plan con respecto a cualquier monto que esté sujeto a esta disposición de subrogación, acuerda lo siguiente:

(1) El participante y cada persona cubierta (o sus abogados u otros representantes autorizados) informarán de inmediato al Plan sobre cualquier acuerdo de conciliación y proporcionarán un aviso con anticipación razonable de cualquier plan para el desembolso de cualquier fondo de conciliación al Participante o persona cubierta (o a cualquier otra persona en nombre de la persona cubierta);

(2) El participante y cada una de las demás personas cubiertas (o sus abogados u otros representantes autorizados) mantendrán los fondos de conciliación recibidos con respecto a un reclamo que esté sujeto a los derechos de subrogación del Plan en fideicomiso para el beneficio del Plan hasta que todas las obligaciones con el Plan en virtud de esta disposición de subrogación estén satisfechos (o para desembolsar dichos fondos al Plan para satisfacer cualquier obligación con el Plan en virtud de esta disposición de subrogación);

(3) El participante y cada una de las demás personas cubiertas (o sus abogados u otros representantes autorizados) mantendrán y tratarán los fondos de conciliación recibidos por ellos o en su nombre como activos del Plan, en la medida total de los beneficios pagados por el Plan con el Participante u otra persona cubierta como fideicomisario de los activos del Plan con respecto a dichos montos hasta que se cumplan las obligaciones de la persona cubierta en virtud de esta disposición de subrogación; y

(4) El participante y cada una de las demás personas cubiertas (o sus abogados u otros representantes autorizados) acuerdan que el Plan tiene un derecho de retención equitativo sobre los fondos de conciliación pagaderos a o en nombre del Participante en la totalidad de los beneficios pagados por las cantidades del Plan hasta que las obligaciones de la persona cubierta bajo esta disposición de subrogación sean satisfechas en su totalidad.

Contratos de Seguro

El Empleador puede contratar con una o más compañías de seguros para que los beneficios asegurados se brinden en virtud del Plan. El Empleador tiene el derecho de reemplazar cualquiera de dichas compañías de seguros de vez en cuando por cualquier motivo. Todos los dividendos, ajustes retroactivos de tasas u otros reembolsos de cualquier tipo que puedan ser pagaderos en virtud de cualquier contrato de seguro utilizado para brindar beneficios son propiedad del Empleador, excepto en la medida, si corresponde, que el Administrador del Plan determine que una parte del monto por pagar se requiere que sea tratado como un activo del Plan. Cualquier parte de dicho pago que, según la ley aplicable, se requiera que se trate como

un activo del Plan se puede usar para proporcionar o pagar beneficios para empleados elegibles o para pagar gastos razonables del Plan o se puede usar o pagar de cualquier otra manera que sea consistente con la ley aplicable con respecto al uso de los activos del Plan.

Sus derechos bajo ERISA

Como participante del Plan, tiene derecho a los siguientes derechos y protecciones en virtud de la Ley de Seguridad de los Ingresos de Jubilación de los Empleados de 1974 (ERISA, por sus siglas en inglés):

- Puede examinar, sin cargo, en la oficina del Administrador del Plan y en otros lugares, todos los documentos del Plan, incluidos los contratos de seguro, si los hubiere, los convenios colectivos y copias de todos los documentos presentados por el Plan (como los informes anuales detallados) con el Departamento de Trabajo de EE. UU. y disponible en la Sala de Divulgación Pública de la Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados.
- Puede obtener copias de todos los documentos del Plan que rigen la operación del Plan, escribiendo al Administrador del Plan. Es posible que deba pagar un cargo razonable para cubrir el costo de las fotocopias.
- En algunos casos, la ley puede exigir que el Administrador del Plan le proporcione un resumen del informe financiero anual del Plan.

Además de crear derechos para los participantes del Plan, ERISA impone deberes a las personas que operan el Plan. Estas personas se denominan fiduciarios y tienen el deber de actuar con prudencia y en interés de usted y de los demás participantes y beneficiarios del Plan.

Nadie, incluido el Empleador o cualquier otra persona, puede despedirlo o discriminarlo de ninguna manera para evitar que obtenga un beneficio bajo el Plan o ejerza sus derechos bajo ERISA. Como se describió anteriormente, si su reclamo de un beneficio del Plan es denegado o ignorado, en su totalidad o en parte, debe recibir una explicación por escrito del motivo de la denegación y tiene derecho a obtener copias de los documentos relacionados con la decisión, sin cargo y hacer que el Plan revise y reconsidere su reclamo, todo dentro de ciertos horarios.

Bajo ERISA, hay pasos que puede tomar para hacer cumplir los derechos anteriores. Por ejemplo, si realiza una solicitud por escrito de materiales del Plan y no los recibe dentro de los 30 días, puede presentar una demanda en un tribunal federal. En tal caso, el tribunal puede exigir que el Administrador del Plan le proporcione los materiales y le pague hasta \$110 por día hasta que los reciba, a menos que los materiales no se hayan enviado por motivos que escapen al control del Administrador del Plan. Si tiene un reclamo de beneficios que se niega después de la revisión y reconsideración por parte del Plan o se ignora, en su totalidad o en parte, puede presentar una demanda en un tribunal estatal o federal. Además, si no está de acuerdo con la decisión del Plan o con la falta de ella considerando el estado calificado de una orden de manutención infantil médica, puede presentar una demanda en un tribunal federal.

Si sucediera que los fiduciarios del Plan hicieran mal uso de los fondos del Plan, si los hubiere, o si lo discriminan por hacer valer sus derechos, puede buscar ayuda del Departamento de Trabajo de los EE. UU. o puede presentar una demanda en un tribunal federal. El tribunal decidirá quién debe pagar las costas judiciales y los honorarios legales. Si tiene éxito, el tribunal puede ordenar que la persona a la que ha demandado pague estos costos y honorarios. Si pierde, el tribunal puede ordenarle que pague estos costos y tarifas, por ejemplo, si determina que su reclamo es frívolo.

Es posible que tenga derecho a una cobertura de salud continua para usted, su cónyuge o sus dependientes si se pierde la cobertura del Plan como resultado de un evento calificador. Es posible que usted o sus dependientes tengan que pagar por dicha cobertura. Debe revisar esta Descripción resumida del plan y los documentos que rigen el Plan sobre las reglas que rigen su continuación de cobertura COBRA.

Si tiene alguna pregunta sobre el Plan, debe comunicarse con el Administrador del Plan. Si tiene alguna pregunta sobre esta declaración o sus derechos bajo ERISA, debe comunicarse con la oficina más cercana de la Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados, Departamento de Trabajo de EE. UU., que figura en su directorio telefónico o la División de Asistencia Técnica y Consultas, Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados, Departamento de Trabajo de EE. UU., 200 Constitution Avenue, N.W., Washington, D.C. 20210. También puede obtener ciertas publicaciones sobre sus derechos y responsabilidades bajo ERISA llamando a la línea directa de publicaciones de la Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados.

ANEXO: Crédito fiscal para el cuidado de dependientes frente a FSA para el cuidado de dependientes

Si tiene gastos de cuidado de dependientes que califican, es posible que pueda elegir una o ambas formas de reducir sus impuestos. Es posible que pueda obtener un crédito fiscal (que es una reducción directa en la cantidad de impuestos que de otro modo debería) o puede reducir su ingreso sujeto a impuestos contribuyendo a una cuenta de gastos flexibles para el cuidado de dependientes (FSA para el cuidado de dependientes). Esta hoja de trabajo le ayudará a decidir cuál es mejor para usted.

CRÉDITO FISCAL PARA EL CUIDADO DE DEPENDIENTES

Si califica para el crédito fiscal, se le permite deducir de los impuestos que debe un porcentaje del menor de (1) sus gastos reales de cuidado de dependientes que califican o (2) \$3,000 si tiene un dependiente o \$6,000 si tiene dos o más dependientes. El porcentaje se basa en su ingreso bruto ajustado del año (incluidos los ingresos de su cónyuge si presentan una declaración conjunta). La siguiente tabla le ayudará a determinar su porcentaje.

Si su ingreso bruto ajustado es		El porcentaje del costo del cuidado de dependientes que puede deducir de sus impuestos es:
superior a	hasta	
\$0	\$15,000	35%
\$15,000	\$17,000	34%
\$17,000	\$19,000	33%
\$19,000	\$21,000	32%
\$21,000	\$23,000	31%
\$23,000	\$25,000	30%
\$25,000	\$27,000	29%
\$27,000	\$29,000	28%
\$29,000	\$31,000	27%
\$31,000	\$33,000	26%
\$33,000	\$35,000	25%
\$35,000	\$37,000	24%
\$37,000	\$39,000	23%
\$39,000	\$41,000	22%
\$41,000	\$43,000	21%
\$43,000	ilimitado	20%

Ejemplo: El ingreso bruto ajustado de un empleado para el año es de \$34,000 y el empleado gasta \$2,600 cada año en el cuidado de un dependiente. Cuando compara \$2,600 con los \$3,000 permitidos para un dependiente, la menor de las dos cantidades es \$2,600. Para encontrar el porcentaje permitido del empleado, use la tabla anterior. Dado que el ingreso bruto ajustado del empleado es de \$34,000, el porcentaje del empleado será del 25 %. Por lo tanto, la cantidad que el empleado podrá deducir de sus impuestos será de \$2,600 x 25% o \$650.

EXCLUSIÓN DE INGRESOS (CONTRIBUCIONES A LA FSA PARA EL CUIDADO DE DEPENDIENTES)

En lugar del Crédito fiscal para el cuidado de dependientes, cada año puede optar por que se descuenta una cantidad designada de su cheque de pago antes de impuestos y se deposite en su FSA para el cuidado de dependientes. Esta cantidad debe usarse durante el año para pagar los gastos de cuidado de dependientes que califiquen. No tendrá que pagar impuestos sobre el monto que deposite en la FSA que se utilizará para pagar los gastos de cuidado de dependientes que califiquen. Sin embargo, si usted o su cónyuge tienen Ingresos del trabajo (como se define en el Plan) de menos de \$5,000, su exclusión de ingresos se limitará a los Ingresos del trabajo de usted o su cónyuge, lo que sea menor. Tenga en cuenta que su contribución máxima a la FSA para el cuidado de dependientes para cualquier año calendario es de \$5,000 (\$2,500, si está casado pero presenta una declaración de impuestos federales por separado), independientemente de la cantidad de dependientes calificados.

Ejemplo: El siguiente es un ejemplo de la comparación de un empleado del Crédito fiscal para el cuidado de dependientes y la FSA para el cuidado de dependientes. Suponga que el empleado está casado y que el empleado y su cónyuge juntos esperan tener \$75,000 en ingresos brutos ajustados (AGI, por sus siglas en inglés) y esperan tener \$3,000 en gastos de cuidado de dependientes calificados para el año para un hijo calificado. Planean presentar una declaración conjunta de impuestos federales. Después de tomar la deducción estándar (\$25,900), su ingreso sujeto a impuestos federal sería de \$49,100. Suponga que viven en un estado que utiliza la misma definición de ingresos sujetos a impuestos que el IRS y una tasa de impuestos del 5 %. (Tenga en cuenta que las tasas de impuestos estatales varían de cero a aproximadamente el 13 % y los estados pueden usar diferentes definiciones de ingresos sujetos a impuestos. Las tasas de impuestos federales y los montos de deducción estándar en este ejemplo son para el año fiscal 2022).

	Usando el Crédito Fiscal	Usando el FSA
Ingresos sujetos a impuestos federales (sin FSA para el cuidado de dependientes)	\$49,100	\$49,100
Restar: contribución de la FSA para el cuidado de dependientes	(0)	(3,000)
Ingresos sujetos a impuestos federales	\$49,00	\$46,100
<u>Impuestos</u>		
Federal (10% de los primeros \$20,550 de ingreso gravable + 12% de montos desde \$20,550 hasta \$83,550)	\$5,481	\$5,121
Seguro Social y Medicare (7.65 % del AGI (menos las contribuciones de la FSA para el cuidado de dependientes))	5,737	5,508
Estado (5.0% del ingreso gravable)	2,455	2,305
Total	13,673	\$12,934
Restar: Crédito Fiscal (20% de \$3,000)	(600)	(0.00)
Impuestos Totales	\$13,073	\$12,934

En este ejemplo, el empleado pagaría \$139 menos en impuestos al utilizar la FSA para el cuidado de dependientes. Por supuesto, esto es sólo un ejemplo. Otros empleados pueden pagar impuestos más bajos utilizando el crédito fiscal, por lo que debe realizar los cálculos utilizando su propio ingreso estimado, gastos calificados y estado de declaración. Además, tenga en cuenta que la participación en la FSA puede afectar otros créditos o deducciones fiscales para los que puede calificar, como el Crédito Fiscal por Ingreso del Trabajo o el Crédito Fiscal por Hijos. Debe consultar con un asesor fiscal para determinar qué enfoque es mejor para usted.

CALCULE SU CRÉDITO FISCAL

Use la siguiente tabla para determinar si debe usar el Crédito fiscal para el cuidado de dependientes o la FSA para el cuidado de dependientes.

	Usando el Crédito Fiscal	Usando la Exclusión de Ingresos (FSA)
Ingreso gravable federal (antes de la FSA para el cuidado de dependientes)	\$ _____	\$ _____
Restar: contribución de la FSA para el cuidado de dependientes		(\$ _____)
Ingreso gravable	\$ _____	\$ _____
<u>Impuestos</u>		
Federales* (____%)	\$ _____	\$ _____
Estatales* (____%)	_____	_____
Seguro Social (generalmente 7.65% del salario total B recuerde restar las contribuciones a la FSA para la segunda columna)	_____	_____
Total	\$ _____	\$ _____
Reste: Crédito fiscal (% del cuadro de la página anterior basado en su ingreso bruto ajustado X sus gastos esperados de cuidado de dependientes calificados)	(\$ _____)	
Impuestos Totales	\$ _____	\$ _____

*Las tasas de impuestos federales y estatales varían según su ingreso gravable y su estado de declaración. Calcule su responsabilidad fiscal o consulte con su asesor fiscal. Además, tenga en cuenta que Pensilvania y Nueva Jersey, a diferencia de otros estados, no excluyen las contribuciones de la FSA para el cuidado de dependientes del impuesto sobre la renta estatal.

USO DEL CRÉDITO TRIBUTARIO PARA EL CUIDADO DE DEPENDIENTES Y LA EXCLUSIÓN DE INGRESOS

Puede usar tanto el Crédito fiscal para el cuidado de dependientes como la FSA para el cuidado de dependientes (aunque no para los mismos gastos calificados para el cuidado de dependientes.) Sin embargo, cualquier monto que excluya de los ingresos bajo la FSA para el cuidado de dependientes reducirá, dólar por dólar, la cifra de \$3,000 o \$6,000 del crédito fiscal para el cuidado de dependientes, según corresponda.

Ejemplo: El ingreso bruto ajustado de un empleado para el año es de \$34,000 y el empleado gasta \$2,600 durante el año para el cuidado calificado para un dependiente. El empleado elige aportar \$1,200 a una cuenta FSA para el cuidado de dependientes para pagar una parte de los gastos de cuidado de dependientes. Cuando compara los gastos restantes del cuidado de dependientes del empleado de \$1,400 con \$1,800 (\$3,000 - \$1,200), la menor de las dos cantidades es \$1,400. Dado el ingreso bruto ajustado del empleado de \$34,000, el porcentaje del empleado de la tabla es del 25%. Por lo tanto, la cantidad que el empleado podrá deducir de los impuestos del empleado será de $\$1,400 \times 25\%$ o \$350.

CONSULTE SIEMPRE ESTOS ASUNTOS CON SU ASESOR FISCAL.

**MODIFICACIÓN NÚM. 4
HACIA
PLAN DE BENEFICIOS DE SALUD Y BIENESTAR DE MILLER & LONG DC.,
INC.**

Miller & Long DC., Inc. (la "Compañía") desea modificar el Plan de Beneficios de Salud y Bienestar de Miller & Long DC., Inc. (el "Plan") para documentar formalmente la interpretación del Plan del término "hijo dependiente" a los fines de la ley federal conocida como COBRA y para garantizar el cumplimiento del Plan con ciertos requisitos de la Ley de Asignaciones Consolidadas de 2021. Por lo tanto, el Plan se modifica, a partir del 1 de enero de 2022, según lo dispuesto en esta Modificación:

1. La Sección 9.10(b) se modifica para leer en su totalidad como sigue:

(b) Disponibilidad de revisión externa. La revisión externa bajo esta Sección está disponible solo para:

(i) cualquier Determinación adversa interna final (o una Determinación adversa interna inicial que califique para el proceso de revisión externa acelerada según la Sección 9.11) que involucre el juicio médico (incluidos, entre otros, aquellos basados en los requisitos del Plan para la necesidad médica, la idoneidad, entorno de atención médica, nivel de atención o eficacia de un beneficio cubierto, o que un tratamiento es experimental o de investigación), según lo determine el revisor externo;

(ii) cualquier determinación adversa interna final que involucre una rescisión de la cobertura (ya sea que la rescisión tenga o no algún efecto sobre algún beneficio en particular en ese momento);

(iii) artículos y servicios dentro del alcance de los requisitos de la Ley de No Sorpresas en el Título I de la División BB de la Ley de Asignaciones Consolidadas de 2021, según fue modificada (es decir, servicios de emergencia proporcionados por un proveedor no preferido, servicios de ambulancia aérea proporcionados por un proveedor no preferido, servicios auxiliares y otros servicios que no son de emergencia), excepto que la revisión externa no está disponible cuando:

(A) la adjudicación de la reclamación resulta en una decisión que no afecta la cantidad que debe el Participante o el Dependiente cubierto;

(B) la disputa solo involucra montos de pago adeudados por el Plan del Componente de medicamentos recetados y médicos al proveedor; o

(C) el proveedor no tiene recurso contra el Participante o el Dependiente cubierto.

(iv) cualquier otra determinación adversa final que sea elegible para revisión externa de acuerdo con la guía aplicable (según lo determine el Plan en el momento de la solicitud de revisión externa).

2. La Sección 11.12 del Plan se modifica para leer en su totalidad como sigue:

11.12 REGLAS DE COBERTURA DE CONTINUACIÓN DE
ATENCIÓN MÉDICA.

Sin perjuicio de cualquier disposición del Plan en contrario, (i) el Empleador proporcionará a los Participantes y Dependientes todos los derechos de cobertura de continuación de atención médica a los que tienen derecho en virtud de la Ley de Reconciliación Presupuestaria Ómnibus Consolidada de 1985 (COBRA, por sus siglas en inglés) y cualquier otra ley aplicable estatal similar , y (ii) a los fines del cumplimiento del Plan con COBRA, incluso con el fin de determinar si un Dependiente es un beneficiario calificado de COBRA o ha experimentado un evento calificador de COBRA, el Plan interpretará el término "hijo dependiente", como se usa en el Código §4980B como referencia a cualquier persona que en la fecha pertinente esté cubierta por el Plan como Dependiente de un Participante como hijo de un Participante. A los fines de la oración anterior, la palabra “niño” tiene el mismo significado que se establece en la Sección 1.8(b) de este Plan, que actualmente incluye a un hijo natural, un hijo adoptado legalmente (o un niño colocado en adopción) si el niño tiene menos de dieciocho años de edad al momento de la adopción (o colocación para adopción), un hijastro, un hijo de crianza elegible (como se define en el Código §152 (f) (1) (C)) o cualquier otra persona cuyo bienestar es la responsabilidad legal del Participante de conformidad con un acuerdo de divorcio por escrito, un acuerdo de separación por escrito, una orden judicial u orden mediante un proceso administrativo que tenga la fuerza y el efecto de la ley estatal.

3. Se agrega la siguiente nueva Sección 11.23 al Plan para que lea lo siguiente:

11.23 LEY DE ASIGNACIONES CONSOLIDADAS. Sin perjuicio de cualquier disposición del Plan en contrario, el Plan, incluidos todos los Planes de componentes, cumplirá con los requisitos aplicables de la Ley de Asignaciones Consolidadas de 2021 (incluida, entre otras, la Ley de No Sorpresas) a partir de la fecha de vigencia aplicable.

4. Todos los Programas de Beneficios o Folletos de Beneficios nuevos adoptados desde que la última Modificación del Plan fue adoptada se incorporan al presente como referencia.

EN FE DE LO CUAL, la Compañía ha hecho que esta Modificación se ejecute debidamente en su nombre, con la vigencia que se especifica en el presente.

MILLER & LONG DC., INC.

Por: _____

Nombre en letra de molde: _____

Título: _____

Fecha: _____

PLAN DE PRESTACIONES DE SALUD Y BIENESTAR DE MILLER & LONG DC, INC

RESUMEN DE MODIFICACIONES MATERIALES

PARA: Participantes en el Plan de Beneficios de Salud y Bienestar de Miller & Long DC, Inc.

DE: Administrador del Plan

FECHA: 12 de septiembre de 2023

RE: Resumen de Modificaciones Materiales

Este Resumen de Modificaciones Materiales ("RMM") modifica ciertas disposiciones de su Descripción Resumida del Plan ("DRP") para el Plan (el "Plan"). Revise este RMM detenidamente para familiarizarse con los cambios y guárdelo con su DRP. Salvo que se disponga lo contrario en este RMM, los cambios descritos en este RMM entrarán en vigor el 1 de marzo de 2023.

1. En la sección "Resumen de Prestaciones Disponibles" de su DRP, la primera oración del primer párrafo de "Incapacidad a Largo Plazo" se revisa para que diga lo siguiente:

Cobertura por Discapacidad a Largo Plazo. Si usted es superintendente o funcionario y es elegible para participar en el Plan, recibirá, a expensas exclusivas del Empleador, cobertura por discapacidad a largo plazo.

2. Nuevos Libretos de Prestaciones. Cualquier Libreto de Prestaciones nuevo que se le haya distribuido o se le vaya a distribuir forma parte de su DRP.

Si tiene preguntas sobre estos cambios del Plan, este RMM o su DRP, póngase en contacto con el Administrador del Plan en la siguiente dirección o llamando al (202)524-4600:

Plan Administrator
4001 Brandywine Street NW, Suite 400
Washington, DC 20016



ENMIENDA NO. 5

AL

PLAN DE PRESTACIONES DE SALUD Y BIENESTAR DE MILLER & LONG DC, INC.

Miller & Long DC, Inc. (el "Empleador") desea modificar el Plan de Prestaciones de Salud y Bienestar de Miller & Long DC, Inc. (el "Plan") para realizar ciertos cambios deseados o requeridos. Por lo tanto, el Plan se modifica según lo dispuesto a continuación, a partir del 1 de marzo de 2023, salvo que se disponga lo contrario en esta Enmienda:

1. La sección 6.1(c) se revisa para que diga lo siguiente:

(c) Cobertura por Incapacidad a Largo Plazo. Cada participante elegible que sea superintendente o funcionario recibirá cobertura por discapacidad a largo plazo proporcionada por el Empleador conforme a una de las opciones de cobertura por discapacidad a largo plazo designadas por el Empleador (según se describen esas opciones en el/los Plan/es Componente/s incluido/s en el Anexo).

2. Cualquier nueva Lista de Prestaciones o Libro de Prestaciones para un Plan Componente o cualquier enmienda a un Plan Componente que se haya adoptado desde que se adoptó la última Enmienda al Plan o la Enmienda y Reformulación del Plan se incorporan mediante esta referencia.

EN FE DE LO CUAL, el Empleador ha hecho que esta Enmienda sea debidamente ejecutada en su nombre, con vigencia según se especifica en este documento.

MILLER & LONG DC, INC.

Por: _____

Nombre Impreso: Otto Gurr, SPHR

Título: Vicepresidente Senior de Recursos Humanos

Fecha: 12/9/2023

