

DOCUMENTO WRAP  
Y  
RESUMEN DE DESCRIPCION DEL  
PLAN PARA  
AMY'S KITCHEN, INC.

**REPLANTEADO: 1 de enero, 2022**

Amy's Kitchen, Inc.  
1650 Corporate Circle  
Suite 100  
Petaluma, California 94954

V06222020

TABLA DE CONTENIDOS

ARTÍCULO I - INTRODUCCION ..... 3  
ARTÍCULO II - INFORMACION GENERAL DEL PLAN..... 5  
ARTÍCULO III – ELEGIBILIDAD, BENEFICIOS Y CONTRIBUCIONES ..... 6  
ARTÍCULO IV – ENMIENDA DEL PLAN O TERMINACION..... 13  
ARTÍCULO V – PROCEDIMIENTOS DE RECLAMOS ..... 13  
ARTÍCULO VI – VARIOS PROVISIONES ..... 22  
ARTÍCULO VII – PRIVACIDAD Y SEGURIDAD DE HIPAA..... 25  
ARTÍCULO VIII – OTRAS PROVISIONES ..... 28  
ARTÍCULO IX - DECLARACION DE DERECHOS BAJO ERISA ..... 30  
ARTÍCULO X – SUBROGACIÓN Y RECUPERACIÓN DE TERCEROS ..... 31  
ANEXO A..... 35  
ANEXO B ..... 36

Traducción de Este Documento:

Este documento es la versión traducida del documento original, Amy's 2022 Wrap Document. Si hay alguna discrepancia o diferencia entre los términos en esta versión y el documento original, el documento original es el documento que controla.

## **ARTÍCULO I**

### **Introducción**

Este documento contiene un resumen de sus derechos y beneficios bajo el Amy's Kitchen, Inc. Wrap Plan (el "Plan"). Los detalles completos se pueden encontrar en los documentos subyacentes del Programa de Beneficios de Componentes que rigen el funcionamiento del Plan y están disponibles con este documento o a través del Administrador del Plan. En caso de cualquier diferencia o ambigüedad entre sus derechos o beneficios descritos en este documento y los documentos subyacentes del Plan del Programa de Beneficios Componentes, los documentos subyacentes del Plan del Programa de Beneficios Componentes controlarán con respecto a los beneficios específicos proporcionados bajo el plan en particular. A los efectos de este documento, los Programas de Beneficios Componentes son aquellos programas de beneficios, especificados en la siguiente tabla y contenidos en los documentos del plan de componentes aplicables. Los documentos del Programa de Beneficios Componentes incluyen certificados de seguro, contactos de seguros grupales, documentos del plan ERISA (si están autofinanciados) y documentos del plan de beneficios para programas de beneficios no seguros. Todos estos documentos del plan del programa de beneficios componentes se incorporan aquí por referencia. Estos documentos describen el Plan como en vigor el 1 de enero, de 2021. El Plan puede cambiarse de vez en cuando.

Una copia de cada certificado, resumen u otro documento de gobierno se incluye con este documento, se proporcionó previamente o se puede obtener del Administrador del Plan. La información contenida en los documentos subyacentes del Plan del Programa de Beneficios Componentes define y rige beneficios específicos, incluidos sus derechos y obligaciones para cada plan. Si tiene alguna pregunta sobre este documento o el Documento del Plan del Programa de Beneficios Componentes, utilice la información de contacto contenida en la tabla siguiente para solicitar una copia de su Documento del Plan del Programa de Beneficios Componentes o póngase en contacto con el Administrador de dicho Programa de Beneficios Componentes.

Cada opción de beneficios se resume en los Documentos del Plan del Programa de Beneficios Componentes emitidos por proveedores, Administradores externos o el Empleador. Cuando el Plan se refiere a estos documentos, también se refiere a cualquier anexo a dichos contratos, así como a los documentos incorporados por referencia en dicho contrato (como la solicitud, el certificado de seguro, los documentos del plan ERISA y cualquier modificación).

Debido a que los beneficios que recibe a través del Plan serán importantes para usted y su familia, debe conservar este SPD como parte de sus registros permanentes. Sin embargo, recuerde que es sólo un resumen. El SPD resume quién es elegible para los beneficios y la naturaleza de los beneficios disponibles. El SPD no modifica las disposiciones de ningún documento del plan de beneficios ni ningún instrumento jurídico relacionado con las obligaciones de creación, operación, financiación o pago de beneficios de los planes de beneficios.

### **ESTADO DE ERISA**

Este documento del plan y la descripción del plan de resumen junto con los certificados aplicables de seguros, folletos de seguros, resúmenes de beneficios y/o contratos de seguro grupal constituyen el documento de plan escrito requerido por ERISA §402 y la descripción del plan de resumen para los Programas de Beneficios Componentes ofrecidos bajo Amy's Kitchen, Inc. Plan Wrap.

A los efectos de la presentación del Formulario 5500, este documento se considera un plan de "envoltura", por lo que el informe se realiza en el plan de envoltura en su conjunto, no en cada plan individual.

### **ADMINISTRACIÓN DEL PLAN**

El Administrador será responsable de la administración general del Plan, incluidos los Programas de Beneficios Componentes, y será el "administrador del plan" y "nombrado fiduciario" en el sentido de ERISA bajo el Plan y los Programas de Beneficios Componentes (excepto en la medida en que otra persona o entidad sea designada específicamente en los Documentos de Gobierno); sin embargo, en el caso de los Programas de Beneficios Totalmente Asegurados, a menos que se disponga específicamente lo contrario en los Documentos de Gobierno, la Aseguradora será la "fiduciaria nombrada", y reclama fiduciariamente responsable de administrar y determinar los beneficios bajo

dicho Programa de Beneficios, y tendrá plena autoridad y discreción para interpretar los términos del Programa de Beneficios para esos fines. Con respecto al Plan, incluidos los Programas de Beneficios, el Administrador tendrá, sin limitación, la siguiente autoridad discrecional, deberes y poderes:

1. Hacer y hacer cumplir dichas normas y reglamentos que considere necesarios o adecuados para la administración eficiente del Plan, incluido el establecimiento de cualquier procedimiento de reclamación que pueda ser requerido por las disposiciones legales aplicables;
2. Excepto en la medida reservada a la Aseguradora con respecto a un Programa de Beneficios Totalmente Asegurados, para interpretar las disposiciones del Plan, hacer constataciones de hecho y corregir errores en, suministrar omisiones de, y resolver inconsistencias o ambigüedades en el lenguaje del Plan, y para decidir todas las reclamaciones y apelaciones que surjan bajo el Plan;
3. Decidir todas las preguntas relativas al Plan y la elegibilidad de cualquier persona para participar en el Plan;
4. Nombrar a dichos agentes, abogados, contadores, consultores y otras personas que se requieran para ayudar en la administración del Plan; Y
5. Asignar y delegar sus responsabilidades fiduciarias y administrativas en el marco del Plan y designar a otras personas para que cumplan con cualquiera de sus responsabilidades en virtud del Plan, a menudo el Administrador de Reclamaciones, dicha asignación, delegación o designación por escrito. Sin limitación, el Administrador podrá designar a otras organizaciones o personas (que también pueden ser empleadas por un Empleador) para llevar a cabo lo siguiente:
  - a. de conformidad con un acuerdo de administración de servicios administrativos o reclamos, la responsabilidad de administrar y administrar un Programa o Programas de Beneficios, incluyendo el procesamiento y pago de reclamos bajo el Programa y la contabilidad relacionada con el mismo;
  - b. la responsabilidad de preparar, reportar, presentar y divulgar cualquier formulario, documento y otra información requerida para ser reportado y presentado por la ley ante cualquier agencia gubernamental o ser preparado y divulgado a empleados, participantes u otras personas con derecho a divulgación bajo los Programas de Beneficios; Y
  - c. la responsabilidad de revisar las reclamaciones o deregaciones de reclamos bajo los Programas de Beneficios, incluyendo la autoridad discrecional para actuar como reclamos fiduciarios para determinar determinaciones adversas de reclamos en el sentido del Reglamento del Departamento de Trabajo § 2560.503-1.

Sujeto a la ley aplicable, cualquier interpretación de las disposiciones del Plan y los Programas de Beneficios Componentes y cualquier decisión sobre cualquier asunto a discreción del Administrador tomada por el Administrador de buena fe será vinculante para todas las personas. Una afirmación errónea u otro error de hecho se corregirá cuando se conozca, y el Administrador hará dicho ajuste debido a ello, ya que considera equitativo y factible. El Administrador no será responsable de ninguna manera por ninguna determinación de hecho hecha de buena fe.

Para obtener información adicional sobre el Plan, debe comunicarse con el Servicio de Ayuda al (707) 787-1597 o consultar los documentos del Programa de Bienestar y los contratos de seguro completos. Las copias de los documentos están disponibles del empleador bajo petición. Si los términos de este SPD entran en conflicto con los documentos del Plan, los documentos del Plan regirán.

## **BENEFICIO EXCLUSIVO**

Todos los activos del Plan se utilizarán para el beneficio exclusivo de los Empleados elegibles, sus Cónyuges, sus otros Dependientes designados y sus beneficiarios designados, de acuerdo con las disposiciones del Plan, y/o para pagar gastos razonables asociados con la administración del Plan.

## **ARTÍCULO II INFORMACIÓN DEL PLAN GENERAL**

Tipo de plan: Bienestar, incluyendo los siguientes programas de bienestar: Anthem Classic PPO Medical Plan, Plan de Medicamentos Recetados, Plan Dental Anthem Essential Choice Plan, Plan de Visión Blue View Vision Plan., Plan De Seguro de Vida de Prudential Group, Plan de Seguro de Muerte Accidental y Desmembramiento de Prudential Group, Plan de Discapacidad a largo plazo de Prudential Group, Plan de Discapacidad a Corto plazo de Prudential, Cuenta de Gastos Flexibles de Atención Médica, Plan de Conversión de Prima, encontrada en Apéndice A

Nombre del plan: Amy's Kitchen, Inc. Plan de Beneficios para Empleados (el "Plan")

Número de plan: 502

Año del plan: El Año Plan es el período de doce meses que termina el 31 de diciembre.

Patrocinador del plan: Amy's Kitchen, Inc. (el "Empleador")  
1650 Corporate Circle  
Suite 100  
Petaluma, California 94954  
(707) 781-7625  
Para obtener una lista de los empleadores participantes, consulte el Apéndice B.

Empleador del Patrocinador del Plan  
Número de identificación: 68-0154899

Administrador del plan: Amy's Kitchen, Inc.  
1650 Corporate Circle  
Suite 100  
Petaluma, California 94954  
(707) 781-7625

Agente de Servicio del Proceso Legal:  
  
Y  
  
Amy's Kitchen, Inc.  
ATTN: Oficina del Abogado General  
1650 Corporate Circle  
Suite 100  
Petaluma, California 94954  
(707) 781-7660

El servicio de proceso legal también se puede hacer al Administrador del Plan.

Administración del plan:

Los Programas de Bienestar disponibles bajo el Plan son administrados por proveedores/aseguradoras de los cuales se compran servicios o beneficios. A menos que se indique lo contrario, todos los planes de beneficios son administrados por las respectivas aseguradoras o proveedores que proporcionan y garantizan los beneficios. Los beneficios autoasegurados o no financiados, si los hubiera, se pagan con cargo a los activos generales del Empleador.

Administradores de reclamaciones:

Vea el gráfico a continuación y/o el resumen separado que puede aplicarse a un tipo particular de cobertura.

Para reclamaciones sobre	Nombre del administrador de reclamaciones	Contacto
Plan medico PPO clasico de Anthem	Anthem Blue Cross	(800) 967-3015
Plan de medicamentos recetados	Caremark	(800) 237-2767
Plan dental de elección esencial de Anthem	Anthem Insurance Companies, Inc	(844) 729-1565
Plan de visión de Blue View	Anthem Blue Cross Life and Health Insurance Company	(866) 723-0515
Plan de seguro de vida del grupo prudencial	Prudential Financial	(800) 524-0542
Plan de seguro de muerte y desmembramiento accidental de Prudential	Prudential Financial	(800) 524-0542
Plan de discapacidad a largo plazo de Prudential	Prudential Financial	(800) 524-0542
Plan de discapacidad a corto plazo de Prudential	Prudential Financial	(800) 524-0542
Cuenta de gastos flexible de atención médica	isolved Benefit Services	(866) 370-3040

### **ARTÍCULO III ELEGIBILIDAD, BENEFICIOS Y CONTRIBUCIONES**

Un Empleado (y su Cónyuge y Dependientes, si corresponde) es elegible para participar en el Plan sólo si y en la medida en que el Participante es elegible con respecto a un tipo particular de cobertura bajo el Plan y el Participante hace la contribución requerida del empleado para la cobertura seleccionada. El Administrador del Plan le informará de la cantidad de contribuciones requeridas de los empleados, si las hubiera, para cada tipo de cobertura.

En general, los requisitos de elegibilidad para cada tipo de cobertura incluyen los siguientes:

<b>Plan Medico PPO de Anthem</b>	
Información del proveedor o administrador del programa	Anthem Blue Cross P.O. Box 60007 Los Angeles CA 95670 800-967-3015 <a href="http://www.anthem.com">http://www.anthem.com</a>
Medio de financiación	<b>Autoasegurado</b> – El beneficio es autoasegurado
Elegibilidad	Por lo general, los empleados que trabajan un promedio de 24 horas por semana. Cónyuge Dependiente/Niño Socio doméstico
Empleados excluidos de la cobertura	No aplicable
Período de espera	Un Empleado que ha completado 45 días calendario consecutivos de servicio con el Empleador (el "Período de Espera") es elegible para participar.
Fecha de cobertura efectiva	La cobertura del plan comienza el primer día del mes calendario siguiente o coincidiendo con el final del período de espera.
Terminación de cobertura	La cobertura del plan terminará a finales de mes en el que el Empleado termina el empleo o ya no es un Empleado elegible bajo las disposiciones del Plan.

<b>Plan de medicamentos recetados</b>	
Información del proveedor o administrador del programa	Caremark P.O. Box 94467 Palatino, Illinois 60094 (800) 237-2767 <a href="http://www.caremark.com">http://www.caremark.com</a>
Medio de financiación	<b>Autoasegurado</b> – El beneficio es autoasegurado
Elegibilidad	Por lo general, los empleados que trabajan un promedio de 24 horas por semana. Cónyuge Dependiente/Niño Socio doméstico
Empleados excluidos de la cobertura	No aplicable
Período de espera	Un Empleado que ha completado 45 días calendario consecutivos de servicio con el Empleador (el "Período de Espera") es elegible para participar.
Fecha de cobertura efectiva	La cobertura del plan comienza el primer día del mes calendario siguiente o coincidiendo con el final del período de espera.
Terminación de cobertura	La cobertura del plan terminará a finales de mes en el que el Empleado termina el empleo o ya no es un Empleado elegible bajo las disposiciones del Plan.

<b>Plan Dental de eleccion esencial de Anthem</b>	
Información del proveedor o administrador del programa	Anthem Insurance Companies, Inc. P.O. Box 1115 Minneapolis, Minnesota 55440-1115 844-729-1565 <a href="https://www.anthem.com">https://www.anthem.com</a>
Medio de financiación	<b>Autoasegurado</b> – El beneficio es autoasegurado
Elegibilidad	Por lo general, los empleados que trabajan un promedio de 24 horas por semana. Cónyuge Dependiente/Niño Socio doméstico
Empleados excluidos de la cobertura	No aplicable
Período de espera	Un Empleado que ha completado 45 días calendario consecutivos de servicio con el Empleador (el "Período de Espera") es elegible para participar.
Fecha de cobertura efectiva	La cobertura del plan comienza el primer día del mes calendario siguiente o coincidiendo con el final del período de espera.
Terminación de cobertura	La cobertura del plan terminará a finales de mes en el que el Empleado termina el empleo o ya no es un Empleado elegible bajo las disposiciones del Plan.

<b>Plan de visión de Blue View</b>	
Información del proveedor o administrador del programa	Anthem Blue Cross Life and Health Insurance Company 21555 Oxnard Street Woodland Hills, CA 91367 866-723-0515 <a href="https://www.anthemcom/ca">https://www.anthemcom/ca</a>
Medio de financiación	<b>Autoasegurado</b> – El beneficio es autoasegurado
Elegibilidad	Por lo general, los empleados que trabajan un promedio de 24 horas por semana. Cónyuge Dependiente/Niño Socio doméstico
Empleados excluidos de la cobertura	No aplicable
Período de espera	Un Empleado que ha completado 45 días calendario consecutivos de servicio con el Empleador (el "Período de Espera") es elegible para participar.
Fecha de cobertura efectiva	La cobertura del plan comienza el primer día del mes calendario siguiente o coincidiendo con el final del período de espera.

Terminación de cobertura	La cobertura del plan terminará a finales de mes en el que el Empleado termina el empleo o ya no es un Empleado elegible bajo las disposiciones del Plan.
--------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<b>Plan de seguro de vida de Prudential</b>	
Información del proveedor o administrador del programa	Prudential Financial 70368 (Número de contrato) 751 Broad St Newark, New Jersey 07102 (800) 524-0542 <a href="https://www.prudential.com">https://www.prudential.com</a>
Medio de financiación	<b>Totalmente asegurado</b> – El beneficio está completamente asegurado por el proveedor mencionado anteriormente
Elegibilidad	Por lo general, los empleados que trabajan un promedio de 24 horas por semana. Cónyuge Dependiente/Niño Socio doméstico
Empleados excluidos de la cobertura	No aplicable
Período de espera	Un Empleado que ha completado 45 días calendario consecutivos de servicio con el Empleador (el "Período de Espera") es elegible para participar.
Fecha de cobertura efectiva	La cobertura del plan comienza el primer día del mes calendario siguiente o coincidiendo con el final del período de espera.
Terminación de cobertura	La cobertura del plan terminará el día en que el Empleado termina el empleo o ya no es un Empleado elegible bajo las disposiciones del Plan.

<b>Plan de seguro de muerte y desmembramiento accidental de Prudential</b>	
Información del proveedor o administrador del programa	Prudential Financial 70368 (Número de contrato) 751 Broad St Newark, New Jersey 07102 (800) 524-0542 <a href="https://www.prudential.com">https://www.prudential.com</a>
Medio de financiación	<b>Totalmente asegurado</b> – El beneficio está completamente asegurado por el proveedor mencionado anteriormente
Elegibilidad	Por lo general, los empleados que trabajan un promedio de 24 horas por semana. Cónyuge Dependiente/Niño Socio doméstico
Empleados excluidos de la cobertura	No aplicable
Período de espera	Un Empleado que ha completado 45 días calendario consecutivos de servicio con el Empleador (el "Período de Espera") es elegible para participar.
Fecha de cobertura efectiva	La cobertura del plan comienza el primer día del mes calendario siguiente o coincidiendo con el final del período de espera.
Terminación de cobertura	La cobertura del plan terminará el día en que el Empleado termina el empleo o ya no es un Empleado elegible bajo las disposiciones del Plan.

<b>Plan de discapacidad a largo plazo de Prudential</b>	
Información del proveedor o administrador del programa	Prudential Financial 70368 (Número de contrato) 751 Broad St Newark, New Jersey 07102 (800) 524-0542 <a href="https://www.prudential.com">https://www.prudential.com</a>
Medio de financiación	<b>Totalmente asegurado</b> – El beneficio está completamente asegurado por el proveedor mencionado anteriormente
Elegibilidad	Por lo general, los empleados que trabajan un promedio de 24 horas por semana.
Empleados excluidos de la cobertura	No aplicable
Período de espera	Un Empleado es elegible para participar seis meses.
Fecha de cobertura efectiva	La cobertura del plan comienza el primer día del mes calendario siguiente o coincidiendo con el final del período de espera.
Terminación de cobertura	La cobertura del plan terminará el día en que el Empleado termina el empleo o ya no es un Empleado elegible bajo las disposiciones del Plan.

<b>Plan de discapacidad a corto plazo de Prudential</b>	
Información del proveedor o administrador del programa	Prudential Financial 70368 (Número de contrato) 751 Broad St Newark, New Jersey 07102 (800) 524-0542 <a href="https://www.prudential.com">https://www.prudential.com</a>
Medio de financiación	<b>Totalmente asegurado</b> – El beneficio está completamente asegurado por el proveedor mencionado anteriormente
Elegibilidad	Por lo general, los empleados que trabajan un promedio de 24 horas por semana.
Empleados excluidos de la cobertura	No aplicable
Período de espera	Un Empleado es elegible para participar seis meses.
Fecha de cobertura efectiva	La cobertura del plan comienza el primer día del mes calendario siguiente o coincidiendo con el final del período de espera.
Terminación de cobertura	La cobertura del plan terminará el día en que el Empleado termina el empleo o ya no es un Empleado elegible bajo las disposiciones del Plan.

<b>Cuenta de gastos flexible de atención médica</b>	
Información del proveedor o administrador del programa	isolved Benefit Services 15 E. Washington St., PO Box 889 Coldwater, Michigan 49036 (866) 370-3040 <a href="https://www.isolvedbenefitservices.com">https://www.isolvedbenefitservices.com</a>
Medio de financiación	<b>Autoasegurado</b> – El beneficio es autoasegurado
Elegibilidad	Por lo general, los empleados que trabajan un promedio de 24 horas por semana. Cónyuge Dependiente/Niño  Los participantes anteriores deben ser elegibles para inscribirse en el plan de salud del grupo primario del empleador.
Empleados excluidos de la cobertura	No aplicable

Período de espera	Un Empleado que ha completado 45 días calendario consecutivos de servicio con el Empleador (el "Período de Espera") es elegible para participar.
Fecha de cobertura efectiva	La cobertura del plan comienza el primer día del mes calendario siguiente o coincidiendo con el final del período de espera.
Terminación de cobertura	La cobertura del plan terminará el día en que el Empleado termina el empleo o ya no es un Empleado elegible bajo las disposiciones del Plan.

Para todos los empleados, el Empleador utiliza un método de medición especial (llamado el método "look-back") para determinar si cada Empleado tiene suficientes horas de servicio para obtener el estatus de tiempo completo para fines de cobertura del plan de salud grupal, basado en las reglas adoptadas por el Servicio de Impuestos Internos para cumplir con la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible ("ACA"). Bajo el método de retroceso, el Empleador calcula las horas de servicio de cada Empleado en un período anterior (denominado "período de medición") para determinar el estado del Empleado durante un período futuro (denominado "período de estabilidad"). El Empleador también puede utilizar un período de tiempo adicional (denominado «período administrativo»), entre el período de medición y el período de estabilidad, para completar funciones administrativas tales como determinar qué empleados son elegibles para la cobertura e inscribir a los empleados en la cobertura. Los detalles relativos a cada uno de estos períodos y las reglas para contar horas de servicio están disponibles a petición del Administrador del Plan. La determinación del estatuto de empleado a tiempo completo será tomada por el Administrador del Plan, a su entera y absoluta discreción, de acuerdo con el Plan y las disposiciones aplicables de Responsabilidad Compartida del Empleador de la ACA y sus regulaciones adjuntas.

Según ERISA, el Administrador del Plan del plan de salud del grupo puede tener responsabilidades fiduciarias en cuanto a distribución de dividendos, desmutualización y uso de las rebajas de la Relación de Pérdidas Médicas de las aseguradoras de salud del grupo. Parte o la totalidad de cualquier reembolso puede ser un activo del plan, que debe ser utilizado en beneficio de los participantes cubiertos por la póliza. Los participantes deben ponerse en contacto directamente con el Administrador del Plan para obtener información sobre cómo se utilizará el reembolso.

## **INSCRIBIRSE EN EL PLAN**

El Administrador del Plan establecerá procedimientos de acuerdo con cada tipo de cobertura para la inscripción de empleados elegibles, sus cónyuges o dependientes, si los hubiera, y comunicará estos procedimientos a los Empleados elegibles. El Administrador del Plan prescribirá formularios de inscripción que deben completarse antes de un plazo prescrito antes del inicio de la cobertura bajo el Plan.

## **DERECHOS ESPECIALES DE INSCRIPCIÓN**

Si usted está disminuyendo la inscripción para usted, su Cónyuge o Dependientes debido a otro seguro médico o cobertura de plan de salud grupal, es posible que pueda inscribirse a sí mismo y a su Cónyuge y Dependientes en este plan si usted o su Cónyuge o Dependientes pierden elegibilidad para esa otra cobertura (o si el Empleador deja de contribuir a su cobertura de cónyuge o dependientes). Sin embargo, usted debe solicitar la inscripción dentro de los 30 días después de que su cobertura de cónyuge o dependientes termine (o después de que el Empleador deje de contribuir a la otra cobertura).

Además, si usted tiene un nuevo Cónyuge o Dependiente como resultado del matrimonio, nacimiento, adopción o colocación en adopción, es posible que pueda inscribirse a sí mismo y a su Cónyuge y Dependientes. Sin embargo, debe solicitar la inscripción dentro de los 30 días posteriores al matrimonio, nacimiento, adopción o colocación en adopción.

Si usted o su Cónyuge o Dependientes son elegibles, pero no están inscritos, en el Plan Médico grupal que aparece en el Apéndice A, puede inscribirse cuando:

- La cobertura de Medicaid o del Programa de Seguro Médico para Niños ("CHIP") se termina como resultado de la pérdida de elegibilidad y usted solicita cobertura bajo el Plan Médico grupal que aparece en el Apéndice A dentro de los 60 días después de la terminación, o
- Usted o su Cónyuge o Dependiente se convierten en elegibles para un subsidio de asistencia de prima bajo Medicaid o CHIP y usted solicita cobertura bajo el Plan Médico grupal que aparece en el Apéndice A dentro de los 60 días después de que se determine la elegibilidad.

Las reglas especiales de inscripción no se aplican a los beneficios dentales o de visión de alcance limitado o ciertas cuentas de gastos flexibles de atención médica (*por ejemplo*, cuentas de gastos que limitan los beneficios a los montos de reducción salarial de los empleados).

Para solicitar una inscripción especial u obtener más información, póngase en contacto con el Administrador del Plan.

## **ÓRDENES DE MANUTENCIÓN MÉDICA DE NIÑOS CALIFICADAS**

Una orden de manutención médica de niños calificada ("QMCSO") es una orden médica de manutención infantil emitida bajo la ley estatal que crea o reconoce la existencia de un derecho de "receptor alternativo" a recibir beneficios para los que un Miembro o beneficiario es elegible bajo un plan de salud grupal. Un "receptor alternativo" es cualquier hijo de un Miembro (incluyendo un niño adoptado o puesto en adopción con un miembro en un plan de salud grupal) que es reconocido bajo una orden médica de manutención infantil como tener derecho a inscribirse bajo un plan de salud grupal con respecto a dicho miembro es un receptor alternativo.

Con respecto a cualquier Programa de Beneficios Componentes que sea un plan de salud grupal, el Plan también proporcionará beneficios según lo requiera cualquier orden de manutención médica calificada (QMCSO) (definida en la Sección 609(a) de ERISA). El Plan tiene procedimientos detallados para determinar si una orden califica como QMCSO. Los participantes y beneficiarios pueden obtener, sin cargo alguno, una copia de dichos procedimientos del Administrador del Plan.

En caso de que el Administrador del Plan reciba una orden médica de manutención de niños calificada, el Administrador del Plan notificará al Participante afectado y a cualquier destinatario alternativo identificado en el orden de recepción de la orden y los procedimientos del Plan para determinar si dicho pedido es un QMCSO. Dentro de un período razonable, el Administrador del Plan determinará si la orden es una orden médica de manutención de niños calificada y notificará al Participante y al destinatario alternativo de dicha determinación.

## **Ventajas**

Los beneficios proporcionados en el marco del Plan para cada grupo o clasificación de participantes son los establecidos en los Documentos del Plan para el Programa de Beneficios por Componentes aplicable.

## **Contribuciones**

1. Contribuciones del empleador. Para cada Año del Plan, el Empleador hará dichas contribuciones bajo los Programas de Beneficios Componentes en tales montos y en los momentos en que el Empleador determine que son apropiados para financiar los Programas de Beneficios Componentes.
2. Contribuciones de los empleados. Como condición de elegibilidad bajo un Programa de Beneficios Componentes, un Participante puede estar obligado a hacer contribuciones, en montos y a veces especificados por el Empleador y el Programa de Beneficios por Componentes aplicable, aplicable a la opción de cobertura seleccionada y al grupo o clasificación de Participantes del cual dicho Participante es miembro. Tales requisitos de contribución pueden ajustarse de vez en cuando. Las contribuciones se realizarán de la manera que el Administrador especifique.

## **CIRCUNSTANCIAS QUE PUEDEN CAUSAR PÉRDIDA DE BENEFICIOS**

El Plan contiene numerosas restricciones sobre el tipo y la cantidad de beneficios pagaderos y las circunstancias cuando se paga. Debe revisar los folletos de beneficios y otros materiales relevantes para obtener más información. Usted puede perder cobertura bajo el Plan si el Empleador termina el Plan o lo modifica para reducir o eliminar su cobertura. Usted puede perder el derecho a beneficios si, entre otras cosas:

- Usted revoca su elección para participar;
- Usted termina el empleo con el Empleador;
- Usted no hace las contribuciones requeridas;
- Usted no presenta reclamaciones de beneficios en tiempo y forma;
- Usted hace reclamos de beneficios fraudulentos;
- Usted deja de ser un Empleado elegible; O
- El Plan termina.

## **ARTÍCULO IV MODIFICACIÓN O TERMINACIÓN DEL PLAN**

El Empleador espera mantener el Plan indefinidamente, pero se reserva el derecho de modificar, modificar o terminar el Plan en cualquier aspecto, incluyendo pero no limitado a, implementar un cambio en el monto o porcentaje de primas o costo que debe ser pagado por el Miembro. Ningún Miembro tendrá derecho a ningún beneficio en virtud del Plan, sujeto a cualquier obligación de negociación que pueda existir. El Empleador tendrá derecho a modificar el Plan en cualquier momento y en cualquier medida que se considere necesario o aconsejable; no obstante, siempre que no se proponga ninguna modificación:

1. Tener el efecto de privar discriminatoriamente, con carácter retroactivo, a cualquier Empleado elegible, dependiente o beneficiario de cualquier interés beneficioso que se haya pagado antes de la fecha en que dicha modificación sea efectiva; O
2. Tener el resultado de desviar los activos del Plan a cualquier otro fin que no sea el establecido en este Plan.

El Administrador del Plan podrá firmar contratos de seguro para este Plan en nombre del Empleador, incluidas las modificaciones de dichos contratos, y podrá adoptar (mediante un instrumento escrito) modificaciones del Plan que considere de carácter administrativo o aconsejables para cumplir con la legislación aplicable.

Si ha elegido participar en el Plan, se le notificará por escrito si hay alguna modificación significativa o si el Plan ha terminado. Si se termina el Plan, el Empleador dejará de deducir las contribuciones de su salario para pagar los Programas de Bienestar. Sin embargo, todas las deducciones salariales anteriores se utilizarán para pagar los Programas de Bienestar que usted ha elegido.

## **ARTÍCULO V PROCEDIMIENTOS DE RECLAMACIONES**

### **Reclamaciones**

Los siguientes procedimientos de reclamaciones se aplicarán específicamente a las reclamaciones formuladas en virtud de cualquier plan de salud grupal en el marco de este Plan. En la medida en que estos procedimientos sean incompatibles con los procedimientos de reclamación contenidos en las políticas, contratos, descripciones de planes resumidos u otros materiales escritos para el plan de salud del grupo, los procedimientos de reclamaciones en dichas otras políticas, contratos, descripciones de planes resumidos u otros materiales escritos reemplazarán estos procedimientos siempre y cuando dichos otros procedimientos de reclamos cumplan con el Reglamento del Departamento de Trabajo 29 C.F.R. §§ 2560.503-1 y 2590.715-2719 , según corresponda al Plan.

## **PROCEDIMIENTOS DE RECLAMACIONES AUTOFINANCIADOS**

Las directrices específicas para presentar una Reclamación o una solicitud de revisión de una reclamación denegada se establecerán en el Documento del Plan para cada Programa de Beneficios componentes. Dichos procedimientos se ajustarán a las disposiciones generales del presente artículo y estarán destinados a garantizar la independencia e imparcialidad de las personas implicadas en la toma de decisiones sobre dichas Reclamaciones. Un Reclamante debe seguir todos los procedimientos internos de reclamos y apelaciones y, en su caso, todos los procedimientos de revisión externa, antes de que pueda presentar una demanda para impugnar la decisión.

### **Definiciones**

A efectos del presente artículo, los siguientes términos en mayúsculas tendrán los significados que se exponen a continuación:

"Plan no abuelo" significa un Programa de Beneficios Componentes que está (1) sujeto al Título I de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible de 2010, en su forma enmendada, y (2) no cumple con los requisitos para el "estatus de abuelo" en el sentido de esa Ley.

"Reclamante" se refiere a la persona que presenta una Reclamación o una persona que ha sido autorizada por el Reclamante para actuar en su nombre de acuerdo con los procedimientos del Programa de Beneficios componentes.

"Reclamo" significa cualquier solicitud de un beneficio bajo un Programa de Beneficios Componentes, hecha por un Reclamante o su representante, que cumple con los procedimientos razonables para hacer Reclamos de beneficios bajo dicho programa.

"Reclamo de cuidado simultáneo" significa una Reclamación para que se proporcione un curso continuo de tratamiento durante un período de tiempo o número de tratamientos. Cualquier reducción o terminación por parte del Programa de Beneficios Componentes del curso del tratamiento (excepto por modificación o terminación del plan) antes del final del período de tiempo o número de tratamientos aprobados originalmente se considera una Determinación adversa de beneficios.

"Reclamo previo al servicio" significa cualquier Reclamo por un beneficio bajo un Programa de Beneficios Componentes que condiciona la recepción del beneficio, total o parcialmente, en la aprobación antes de obtener atención médica.

"Reclamo de Atención Urgente" significa una Reclamación previa al servicio para atención médica o tratamiento con respecto a la cual el plazo para una determinación de atención no urgente podría poner en serio peligro la vida o la salud del Reclamante; o la capacidad del Reclamante para recuperar la función máxima; o en opinión del médico asistente o consultor, sometería al Demandante a un dolor severo que no podría ser manejado adecuadamente sin la atención o tratamiento que es objeto de la Reclamación.

Un médico con conocimiento de la condición médica del Reclamante puede determinar si una Reclamación es una que involucra atención urgente. Si no existe tal médico, una persona que actúe en nombre del Programa de Beneficios Componentes que aplique el juicio de un laico prudente que posea un conocimiento promedio de la salud y la medicina puede tomar la determinación.

"Reclamación posterior al servicio" significa cualquier Reclamación que no sea una reclamación previa al servicio.

"Determinación adversa de beneficios" significa una denegación total o parcial de una Reclamación. Para un Plan no abuelo, una rescisión retroactiva de la cobertura debido al fraude o la tergiversación se tratará como una determinación adversa de beneficios.

"Apelación" significa la solicitud por escrito de un Reclamante para la revisión de una Determinación adversa de beneficios.

"Determinación adversa definitiva de beneficios": una determinación adversa de beneficios emitida en relación con la última etapa de apelación.

## **AVISO A LOS RECLAMANTES DE DETERMINACIONES ADVERSAS DE BENEFICIOS.**

- a. Reclamaciones iniciales. Excepto con respecto a las Reclamaciones de Atención Urgente (la notificación para la cual puede ser oral seguida de una notificación escrita o electrónica dentro de los tres días posteriores a la notificación oral), tras su determinación inicial de una Reclamación, el Administrador proporcionará una notificación escrita o electrónica de cualquier Determinación adversa de beneficios. El aviso indicará, de manera calculada para ser entendido por el Reclamante:
  1. La razón o razones específicas de la determinación adversa, incluyendo, para los Planes no abuelos, el código de denegación y su significado correspondiente, y una descripción de la norma del Plan no abuelo, si la hubiera, que se utilizó para negar la Reclamación.
  2. Referencia a las disposiciones específicas del Programa de Beneficios por Componentes en las que se basó la determinación.
  3. Una descripción de cualquier material o información adicional necesaria para que el Reclamante perfeccione la Reclamación y una explicación de por qué es necesario dicho material o información.
  4. Una descripción de los procedimientos de apelación del Programa de Beneficios Componentes, incluidos los procedimientos de apelación voluntaria ofrecidos por el Programa de Beneficios por Componentes y, para los Planes no relacionados con el abuelo, cualquier procedimiento de revisión externa y los plazos aplicables a dichos procedimientos. Esto incluirá una declaración del derecho del Reclamante a interponer una acción civil bajo ERISA §502.
  5. Si la Determinación adversa de beneficios se basó en una regla interna, directriz, protocolo u otro criterio similar, la regla, directriz, protocolo o criterio específico se proporcionará gratuitamente, o se incluirá una declaración de que dicha regla, directriz, protocolo o criterio se basó en la determinación adversa de beneficios y se proporcionará una copia de forma gratuita al Reclamante a petición.
  6. Si la Determinación adversa de beneficios se basa en una necesidad médica o tratamiento experimental o en investigación o exclusión o límite similar, se proporcionará una explicación del juicio científico o clínico para la determinación, aplicando los términos del Programa de Beneficios Componentes a las circunstancias médicas del Reclamante, o se incluirá una declaración de que dicha explicación se proporcionará gratuitamente, bajo petición.
  7. Para los Planes no abuelos, información suficiente para permitir que el Reclamante identifique la Reclamación involucrada (incluyendo la fecha de servicio, el proveedor de atención médica y el monto de la Reclamación, si corresponde, y una declaración de que el código de diagnóstico y el código de tratamiento y sus significados correspondientes se proporcionarán al Reclamante tan pronto como sea posible a petición).
  8. Para planes no abuelos, información sobre la disponibilidad y la información de contacto para, cualquier oficina aplicable de asistencia al consumidor de seguros de salud o ombudsman establecido bajo la ley federal aplicable para ayudar a las personas con los procedimientos internos de reclamos y apelaciones y el proceso de revisión externa
    - a. Apelaciones. El Administrador también notificará por escrito o por escrito una determinación adversa de beneficios en apelación. El presente aviso contendrá la información enumerada en las subsecciones a) i) a viii), así como:

9. Una declaración de que el Reclamante tiene derecho a recibir, previa solicitud y de forma gratuita, acceso razonable y copias de todos los documentos, registros y otra información relevante para la Reclamación.
10. En el caso de una determinación adversa definitiva de beneficios para un plan no abuelo, se discute la decisión.

## **PROCEDIMIENTO DE RECLAMACIONES POR BENEFICIOS BASADOS EN LA DETERMINACIÓN DE LA DISCAPACIDAD**

El siguiente procedimiento de reclamaciones se aplicará específicamente a las reclamaciones formuladas en el marco del Plan de prestaciones basadas en una determinación de la discapacidad. En la medida en que este procedimiento sea incompatible con el procedimiento de reclamaciones contenido en las políticas, contratos, descripciones de planes sumarios u otros materiales escritos para dichos planes, el procedimiento de reclamaciones en las demás políticas, contratos, descripciones de planes sumarios u otros materiales escritos reemplazará este procedimiento siempre y cuando dicho otro procedimiento de reclamaciones cumpla con el Reglamento del Departamento de Trabajo.

Si una reclamación bajo el Plan para un beneficio basada en una determinación de discapacidad es denegada total o parcialmente, usted o su beneficiario recibirán una notificación por escrito con respecto a la denegación de reclamo. Esta denegación de reclamo incluirá las razones de la denegación, la referencia a la disposición del Plan que respalda la denegación y una descripción de los procedimientos de apelación del Plan. La discusión de la denegación de la reclamación también incluirá:

- si procede, una explicación para no estar de acuerdo o no con las opiniones de los profesionales de la salud o expertos profesionales, o con una determinación de beneficios por discapacidad tomada por la Administración del Seguro Social;
- las normas internas, directrices, protocolos, normas u otros criterios similares del Plan en los que se basó al denegar la reclamación (o una declaración de que tales normas, directrices, protocolos, normas u otros criterios similares no existen); Y
- una declaración de que el reclamante tiene derecho a recibir, previa solicitud y de forma gratuita, acceso razonable y copias de todos los documentos, registros y otra información relevante para la reclamación de beneficios del reclamante; y, en su caso, una explicación del juicio científico o clínico para la determinación, aplicando los términos del plan a las circunstancias médicas del reclamante (o una declaración de que dicha explicación se proporcionará gratuitamente a petición).

Recibirá un aviso de denegación de beneficios dentro de un período de tiempo razonable, pero a más tardar 45 días después de la recepción de la reclamación por parte del Administrador de Reclamaciones. El Administrador de Reclamaciones puede extender este período hasta por 30 días adicionales siempre que el Administrador de Reclamaciones determine que la extensión es necesaria debido a asuntos fuera del control del Administrador de Reclamaciones y se notifique al reclamante de la extensión antes del final del período inicial de 45 días y también se le notifique de la fecha por la cual el Administrador de Reclamaciones espera tomar una decisión. La extensión de 30 días puede ampliarse por 30 días adicionales si el Administrador de Reclamaciones determina que, debido a asuntos fuera de su control, no puede tomar la decisión dentro del período extendido original. En ese caso, se le notificará antes del final de la extensión inicial de 30 días de las circunstancias que requieren la extensión y la fecha en que el Administrador de notificaciones espera tomar una decisión.

El aviso de extensión explicará las normas en las que se basa su derecho a un beneficio, las cuestiones no resueltas que impiden una decisión sobre la reclamación y la información adicional, si la hay, que debe presentar. Si debe proporcionar información adicional, se le proporcionará al menos 45 días para proporcionar la información adicional. El período desde el que se le notifica la información adicional requerida hasta la fecha en que responde no se cuenta como parte del período de determinación.

Tiene 180 días para apelar una determinación adversa del beneficio. Previa solicitud y de forma gratuita, tiene derecho a un acceso razonable y copias de todos los documentos, registros y otra información relevante para su reclamación de beneficios. Se le notificará de la decisión del Administrador de Reclamaciones al ser revisado dentro de un plazo

razonable, pero a más tardar 45 días después de que el Administrador de Reclamaciones reciba su solicitud de apelación.

El período de 45 días puede extenderse por un período adicional de 45 días si el Administrador de Reclamaciones determina que circunstancias especiales (como la necesidad de celebrar una audiencia) requieren una extensión de tiempo. Se le proporcionará una notificación por escrito antes de la expiración del período inicial de 45 días. Dicho aviso indicará las circunstancias especiales que requieren la extensión y la fecha en que el Administrador de Reclamaciones espera tomar una decisión.

## **DETERMINACIONES DE BENEFICIOS**

### ***Reclamaciones posteriores al servicio***

Las reclamaciones posteriores al servicio son aquellas reclamaciones que se presentan para el pago de beneficios después de que se ha recibido atención médica. Si su Reclamo posterior al Servicio es denegado, recibirá una notificación por escrito del Administrador de Reclamaciones dentro de los 30 días posteriores a la recepción de la reclamación, siempre y cuando se proporcione toda la información necesaria con la reclamación. El Administrador de Reclamaciones le notificará dentro de este período de 30 días si se necesita información adicional para procesar la reclamación, y puede solicitar una extensión única no superior a 15 días y escribir su reclamo hasta que se reciba toda la información.

Una vez notificada de la extensión, tendrá 45 días para proporcionar esta información. Si toda la información necesaria se recibe dentro del plazo de 45 días y se deniega la reclamación, el Administrador de reclamaciones le notificará de la denegación dentro de los 15 días posteriores a la recepción de la información. Si no proporciona la información necesaria dentro del período de 45 días, su reclamo será denegado.

Un aviso de denegación explicará el motivo de la denegación, se referirá a la parte del plan de salud del grupo en el que se basa la denegación y proporcionará los procedimientos de apelación de reclamos.

### ***Reclamaciones previas al servicio***

Las reclamaciones previas al servicio son aquellas reclamaciones que requieren certificación o aprobación antes de recibir atención médica. Si su reclamo fue una Reclamación previa al servicio, y se envió correctamente con toda la información necesaria, recibirá una notificación por escrito de la decisión de reclamo del Administrador de Reclamaciones dentro de los 15 días posteriores a la recepción de la reclamación. Si presentó una Reclamación previa al servicio incorrectamente, el Administrador de Reclamaciones le notificará de la presentación incorrecta y cómo corregirla en un plazo de 5 días. Después de revisar la Reclamación de Pre-Servicio revisada, el Administrador de Reclamaciones le notificará de cualquier información adicional necesaria dentro de los 15 días, y puede solicitar una extensión única no superior a 15 días y escribir su reclamo hasta que se reciba toda la información. Una vez notificada de la extensión, tendrá 45 días para proporcionar esta información. Si toda la información necesaria se recibe dentro del plazo de 45 días, el Administrador de reclamaciones le notificará de la determinación dentro de los 15 días posteriores a la recepción de la información. Si no proporciona la información necesaria dentro del período de 45 días, su reclamo será denegado. Un aviso de denegación explicará el motivo de la denegación, se referirá a la parte del Plan en la que se basa la denegación y proporcionará los procedimientos de apelación de reclamos.

### ***Reclamaciones de atención urgente***

Las reclamaciones de atención urgente son aquellas reclamaciones que requieren notificación o aprobación antes de recibir atención médica, donde un retraso en el tratamiento podría poner en serio peligro su vida o salud o la capacidad de recuperar la máxima función o, en opinión de un médico con conocimiento de su condición de salud podría causar dolor severo. En estas situaciones:

- Usted recibirá notificación de la determinación del beneficio por escrito o electrónicamente tan pronto como sea posible, pero no más tarde de 72 horas después de que el Administrador de Reclamaciones reciba toda la información necesaria, o dicho otro plazo según lo requiera la ley federal, teniendo en cuenta la gravedad de su condición.

- El aviso de denegación puede ser oral con una confirmación escrita o electrónica a seguir en un plazo de 3 días.
- Si presentó una Reclamación de Atención Urgente incorrectamente, el Administrador de Reclamos le notificará de la presentación incorrecta y cómo corregirla dentro de las 24 horas después de que se recibió la Reclamación de Atención Urgente. Si se necesita información adicional para procesar la reclamación, el Administrador de reclamaciones le notificará de la información necesaria dentro de las 24 horas posteriores a la recepción de la reclamación. A continuación, tiene 48 horas para proporcionar la información solicitada.

Se le notificará de una determinación a más tardar 48 horas después de:

- La recepción por parte del Administrador de reclamaciones de la información solicitada; O
- El final del período de 48 horas dentro del cual usted proporcionaría la información adicional, si la información no se recibe dentro de ese tiempo.

Un aviso de denegación explicará el motivo de la denegación, se referirá a la parte del Plan en la que se basa la denegación y proporcionará los procedimientos de apelación de reclamos.

### ***Reclamaciones de atención simultánea***

Si un curso de tratamiento en curso fue aprobado previamente por un período específico de tiempo o número de tratamientos, y su solicitud de extender el tratamiento es una Reclamación de Atención Urgente como se definió anteriormente, su solicitud se decidirá tan pronto como sea posible, y el Administrador de Reclamaciones le notificará de la determinación dentro de las 24 horas posteriores a la recepción de la reclamación, siempre que su solicitud se haga al menos 24 horas antes del final del tratamiento aprobado. Si su solicitud de tratamiento prolongado no se realiza al menos 24 horas antes del final del tratamiento aprobado, la solicitud será tratada como una reclamación de cuidado urgente y se decidirá de acuerdo con los plazos descritos anteriormente.

Si un curso de tratamiento en curso fue aprobado previamente por un período específico de tiempo o número de tratamientos, y usted solicita extender el tratamiento en una circunstancia no urgente, su solicitud se considerará una nueva reclamación y se decidirá de acuerdo con los plazos posteriores al servicio o pre-servicio, lo que se aplique.

### ***Cómo apelar una decisión de reclamación***

Cuando un Reclamante recibe una Determinación adversa de beneficios, el Reclamante tiene 180 días después de la recepción de la notificación en la que solicitar una revisión de la decisión a menos que la ley permita un tiempo más corto. Puede ponerse en contacto con el Administrador de reclamaciones por escrito para solicitar formalmente una apelación. Si la apelación se refiere a una reclamación de pago, su solicitud debe incluir:

- El nombre del paciente.
- El número de identificación del plan.
- La(s) fecha(s) de los servicios de atención médica.
- El nombre del proveedor.
- Las razones por las que cree que se debe pagar la reclamación.
- Cualquier documentación u otra información escrita para apoyar su solicitud de pago de reclamo.

### ***Proceso de apelación***

Se nombrará a una persona calificada que no participó en la decisión que se apeló para decidir la apelación. Si su apelación está relacionada con asuntos clínicos, la revisión se hará en consulta con un profesional de la salud con la experiencia adecuada en el campo que no participó en la determinación previa. El Administrador de Reclamaciones puede consultar o solicitar la participación de expertos médicos como parte del proceso de resolución de apelaciones. Al presentar una apelación, usted acepta esta referencia y el intercambio de información pertinente sobre reclamos de salud. Previa solicitud y de forma gratuita, tiene derecho a un acceso razonable y copias de todos los documentos, registros y otra información relevante para su reclamación de beneficios.

## **SOLICITUD DE RECONSIDERACIÓN DEL PROVEEDOR**

Cuando un Proveedor recibe una copia de una Determinación adversa de beneficios relacionada con una Reclamación, el Proveedor puede solicitar una reconsideración de la decisión. La solicitud debe ser por escrito y debe enviarse al Administrador de Reclamaciones dentro de los 180 días posteriores a la fecha de la Determinación adversa de beneficios. La solicitud debe incluir el número de reclamación, el motivo de la solicitud (es decir, una explicación de por qué el proveedor piensa que la reclamación se tramgó incorrectamente) y la documentación justificativa que no se incluyó con la presentación inicial de la reclamación. No se considerarán las solicitudes de reconsideración del proveedor enviadas más tarde de 180 días después de la fecha de la determinación. Un Proveedor no tiene los mismos derechos que un Miembro y los Proveedores no son Representantes Autorizados de los Miembros a menos que se designe específicamente por escrito. No obstante, se permitirá a los Proveedores agotar los procedimientos internos de reclamaciones en virtud de los términos de este Plan en nombre de un Miembro sin el nombramiento como Representante Autorizado del Miembro. El Proveedor no tendrá, bajo ninguna circunstancia, el derecho a demandar al Plan.

## **DETERMINACIONES DE APELACIONES**

### *Apelaciones de reclamos previas al servicio y después del servicio*

Se le proporcionará una notificación escrita o electrónica de la decisión sobre su apelación de la siguiente manera:

Para las apelaciones de reclamaciones previas al servicio (como se definió anteriormente), la apelación de primer nivel se llevará a cabo y el Administrador de Reclamaciones le notificará la decisión dentro de los 15 días siguientes a la recepción de una solicitud de apelación de una reclamación denegada. La apelación de segundo nivel se llevará a cabo y el Administrador de Reclamaciones le notificará la decisión dentro de los 15 días siguientes a la recepción de una solicitud de revisión de la decisión de apelación de primer nivel.

Para apelaciones de reclamos posteriores al servicio (como se definió anteriormente), la apelación de primer nivel se llevará a cabo y el Administrador de Reclamaciones le notificará de la decisión dentro de los 30 días siguientes a la recepción de una solicitud de apelación de una reclamación denegada. La apelación de segundo nivel se llevará a cabo y el Administrador de Reclamaciones le notificará la decisión dentro de los 30 días siguientes a la recepción de una solicitud de revisión de la decisión de apelación de primer nivel.

Para los procedimientos asociados con reclamos de atención urgente, consulte "Apelaciones de reclamo de atención urgente" a continuación.

Si no está satisfecho con la decisión de apelación de primer nivel del Administrador de reclamaciones, tiene derecho a solicitar una apelación de segundo nivel al Administrador de reclamaciones. Su solicitud de apelación de segundo nivel debe presentarse al Administrador de Reclamaciones dentro de los 60 días siguientes a la recepción de la decisión de apelación de primer nivel.

Tenga en cuenta que la decisión del Administrador de Reclamaciones se basa únicamente en si los beneficios están disponibles o no en el Plan para el tratamiento o procedimiento propuesto. La determinación de si el servicio de salud pendiente es necesario o apropiado es entre usted y su médico.

### *Apelaciones de reclamo de atención urgente*

Su apelación puede requerir una acción inmediata si un retraso en el tratamiento podría aumentar significativamente el riesgo para su salud o la capacidad de recuperar la función máxima o causar dolor severo. En estas situaciones urgentes:

- La apelación no necesita ser presentada por escrito. Usted o su médico deben llamar al Administrador de Reclamaciones lo antes posible.

- El Administrador de Reclamaciones le proporcionará una determinación escrita o electrónica tan pronto como sea posible, pero a más tardar 72 horas después de recibir su solicitud de revisión de la determinación, teniendo en cuenta la gravedad de su condición.

El Administrador de Reclamaciones tiene el derecho exclusivo de interpretar y administrar las disposiciones del Plan. Las decisiones del Administrador de notificaciones son concluyentes y vinculantes.

### ***Revisión externa***

Si agota todos los procedimientos internos de apelaciones, un Reclamante puede solicitar que la Reclamación sea revisada bajo el proceso de revisión externa del Plan No Abuelo. El Plan no abuelo cumplirá con el proceso de revisión externa del Estado aplicable, si existe, y si ninguno, el proceso federal de revisión externa. Si se aplica el proceso federal de revisión externa, se aplicarán las siguientes directrices.

El Reclamante debe presentar su solicitud de revisión externa dentro de los 4 meses siguientes a la recepción de la Determinación Adversa Definitiva de Beneficios.

El Administrador determinará si la Reclamación es elegible para su revisión bajo el proceso de revisión externa. Esta determinación se basa en si:

1. El Reclamante está o fue cubierto por el Plan no abuelo en el momento en que se hizo o incurrió en la Reclamación;
2. La denegación se refiere al incumplimiento por parte del Reclamante de los requisitos de elegibilidad del Plan no abuelo;
3. El reclamante ha agotado los procedimientos internos de reclamación y apelación del Plan no abuelo; Y
4. El Reclamante ha proporcionado toda la información necesaria para procesar una revisión externa.

Dentro de un día hábil después de la finalización de esta revisión preliminar, el Administrador proporcionará una notificación por escrito al Reclamante de si la reclamación es elegible para una revisión externa.

Si la solicitud de revisión está completa pero no es elegible para una revisión externa, el Administrador notificará al Reclamante las razones de su inelegibilidad. El aviso incluirá información de contacto para la Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados en su número gratuito.

Si la solicitud no se completa, el aviso describirá la información necesaria para completarla. El Reclamante tendrá 48 horas o hasta el último día del período de presentación de 4 meses, lo que sea posterior, para presentar la información adicional.

Si la solicitud es elegible para el proceso de revisión externa, el Administrador la asignará a una organización de revisión independiente calificada ("IRO"). La IRO es responsable de notificar al Reclamante, por escrito, que se ha aceptado la solicitud de revisión externa. El aviso debe incluir una declaración que el Reclamante puede presentar por escrito, dentro de los 10 días hábiles, información adicional que la IRO debe considerar al realizar la revisión. La IRO compartirá esta información con el Plan no abuelo. El Plan no abuelo puede considerar esta información y decidir revertir su denegación de la Reclamación. Si se invierte la denegación, finalizará el proceso de revisión externa.

Si el Plan no abuelo no revierte la denegación, la IRO tomará su decisión sobre la base de su revisión de toda la información en el expediente, así como información adicional cuando proceda y esté disponible, tales como:

1. Los registros médicos del Reclamante;
2. La recomendación del profesional de la salud asistente;
3. Informes de profesionales de la salud apropiados y otros documentos presentados por el plan o emisor, demandante o proveedor de tratamiento del reclamante;
4. Los términos del Plan no abuelo;
5. Directrices de práctica apropiadas;
6. Cualquier criterio de revisión clínica aplicable desarrollado y utilizado por el plan; Y
7. La opinión del revisor clínico de la IRO.

La IRO deberá presentar una notificación por escrito al Plan de No Abuelos y al Reclamante de su decisión definitiva en un plazo de 45 días a partir de que la IRO reciba la solicitud de revisión externa. El aviso de decisión de la IRO debe contener

1. Una descripción general de la razón del examen externo, incluida la información suficiente para identificar la reclamación;
2. La fecha en que la IRO recibió la asignación para llevar a cabo la revisión y la fecha de la decisión de la IRO;
3. Referencias a las pruebas o documentación que la IRO consideró para llegar a su decisión;
4. Un debate sobre las principales razones de la decisión de la IRO;
5. Una declaración de que la determinación es vinculante, y que la revisión judicial puede estar a disposición del Reclamante; Y
6. Información de contacto para cualquier oficina aplicable de asistencia al consumidor de seguros de salud o ombudsman establecida bajo directrices federales.

Por lo general, un Reclamante debe agotar las reclamaciones y procedimientos de apelación del Plan No Abuelo para ser elegible para el proceso de revisión externa. Sin embargo, se dispone de una revisión externa acelerada si

1. El Reclamante recibe una Determinación adversa de beneficios que implica una condición médica para la cual el tiempo para completar las reclamaciones internas y los procedimientos de apelación del Plan No Abuelo pondría en serio peligro la vida o la salud del Reclamante o la capacidad de recuperar la función máxima y el Reclamante ha presentado una solicitud de revisión interna acelerada; O
2. El Reclamante recibe una Determinación Adversa Final de Beneficios que implica una condición médica cuando el tiempo para completar un proceso de revisión externa estándar pondría en serio peligro la vida o la salud del Reclamante o la capacidad del Reclamante para recuperar la función máxima, o si la Determinación Adversa Final del Beneficio se refiere a una admisión, disponibilidad de atención, estancia continua o artículo o servicio de atención médica para el cual el Reclamante recibió servicios de emergencia , pero no ha sido dado de alta de una instalación.

Inmediatamente después de recibir una solicitud de revisión externa acelerada, el Plan no abuelo debe determinar y notificar al Reclamante si la solicitud cumple con los requisitos para la revisión expedita, incluidos los requisitos de elegibilidad para la revisión externa mencionada anteriormente. Si la solicitud califica para una revisión acelerada, se asignará a un IRO. La IRO debe tomar su determinación y notar la decisión tan rápidamente como la condición médica o las circunstancias del Reclamante lo requieran, pero en ningún caso más de 72 horas después de que la IRO reciba la solicitud de revisión externa acelerada. Si el aviso original de su decisión no es por escrito, la IRO debe proporcionar confirmación por escrito de la decisión en un plazo de 48 horas tanto al Reclamante como al Plan no abuelo.

## **PROCEDIMIENTO DE RECLAMACIONES TOTALMENTE ASEGURADO**

Las directrices específicas para presentar una reclamación o una solicitud de revisión de una reclamación denegada se establecerán en el Documento del Plan para cada Programa de Beneficios componentes. En la medida en que una reclamación implique una reclamación por prestaciones por discapacidad, dichos procedimientos cumplirán con las disposiciones generales de esta Sección. Un Demandante debe seguir todas las reclamaciones internas y procedimientos de apelación antes de poder presentar una demanda para impugnar la decisión.

### **Impedimento**

Ninguna persona tiene derecho a ningún beneficio bajo el Plan, excepto y en la medida expresamente proporcionada bajo los términos y condiciones del Programa de Beneficios componentes aplicable. El hecho de que se hayan efectuado pagos del Plan en relación con cualquier reclamación de prestaciones no establece (a) la validez de la reclamación; (b) proporcionar cualquier derecho a que tales beneficios continúen durante cualquier período de tiempo; o (c) impedir que el Plan recupere los beneficios pagados en la medida en que el Administrador determine que no había derecho al pago de los beneficios bajo el Plan. Por lo tanto, si se paga un beneficio y posteriormente se determina que dicho beneficio no debería haber sido pagado (sea o no atribuible a un error por parte del Participante o de cualquier otra persona), entonces el Administrador podrá tomar las medidas que considere necesarias o apropiadas para remediar dicha situación, incluyendo, entre otras cosas, deduciendo el monto de cualquier pago excesivo hasta ahora realizado a o en nombre de dicho Participante de cualquier pago sucesivo a o en nombre de dicho Participante bajo el Plan o de

cualquier monto adeudado o debido a dicho Participante por el Empleador o bajo cualquier otro plan, programa o acuerdo que beneficie a los Empleados o ex Empleados del Empleador, o de lo contrario recuperar dicho pago excesivo de quien se haya beneficiado de él.

Si el Administrador determina que se ha realizado un pago insuficiente de beneficios, el Administrador tomará las medidas que considere necesarias o apropiadas para remediar dicha situación.

## **ARTÍCULO VI DISPOSICIONES DIVERSAS**

### **INFORMACIÓN QUE DEBERÁN PROPORCIONAR LOS MIEMBROS**

El Miembro bajo el Plan debe proporcionar al Administrador del Plan tales pruebas, datos o información como el Administrador considere necesario o deseable para administrar el Plan y los Programas de Beneficios componentes. Una afirmación errónea o omisión fraudulenta u omisión de hecho hecha por un Miembro o dependiente en un formulario de inscripción, una reclamación de beneficios o una manera similar puede resultar en la cancelación de la cobertura y/o la denegación de reclamos de beneficios.

#### **Registros**

Como condición para recibir beneficios pagaderos bajo un Programa de Beneficios Componentes, un Participante puede estar obligado a proporcionar al Administrador cualquier evidencia y registro de los gastos incurridos por dicho Participante y cada uno de los Dependientes de dicho Participante en la forma que el Administrador especificará de vez en cuando.

#### **REGLAS UNIFORMES**

El Administrador del Plan administrará todos los Programas de Beneficios Componentes sobre una base razonable y no discriminación y aplicará reglas uniformes a todas las personas en situaciones similares.

#### **RENUNCIA AL AVISO**

Cualquier notificación requerida bajo el Plan o un Programa de Beneficios Componentes puede ser renunciada por la persona con derecho a dicho aviso.

#### **GÉNERO Y NÚMERO**

Cuando el contexto lo permita, las palabras del género masculino incluirán los géneros femeninos y neutros, el singular incluirá lo plural, y el plural incluirá lo singular.

#### **LEY DE CONTROL**

Excepto en la medida en que sean reemplazados por ERISA y otras leyes aplicables de los Estados Unidos o incompatibles con los términos del documento subyacente del Plan del Programa de Beneficios Componentes, las leyes del estado de Texas estarán controlando en todos los asuntos relacionados con el Plan

#### **INTERESES NO TRANSFERIBLES**

Salvo que un Programa de Beneficios Componentes permita expresamente lo contrario o según lo exijan las disposiciones de retención de impuestos del Código de Impuestos Internos o la ley del impuesto sobre la renta de cualquier estado, los beneficios bajo el Plan y los Programas de Beneficios Componentes no están sujetos de ninguna manera a las deudas u otras obligaciones de las personas con derecho a los mismos y no pueden ser vendidos voluntaria

o involuntariamente , transferido, alienado, asignado o gravado. Cualquier intento de lograr lo mismo es nulo. Si el Administrador del Plan encuentra que tal intento se ha hecho, puede, a su entera discreción, optar por pagar los beneficios debidos al Participante al Cónyuge del Participante, padre, hijo adulto, tutor legal de un hijo menor, hermano u otro familiar. Cualquier pago de este tipo constituye una descarga completa de la responsabilidad del Plan, el Administrador y el Empleador con respecto a dichos beneficios.

## **FACILIDAD DE PAGO**

Cuando cualquier persona con derecho a beneficios bajo el Plan o un Programa de Beneficios Componentes está bajo discapacidad legal o en opinión del Administrador del Plan está de alguna manera incapacitada para no poder manejar sus asuntos, el Administrador del Plan, a su entera discreción, puede hacer que los beneficios de dicha persona sean pagados al representante legal de dicha persona por su beneficio , o que se aplique en beneficio de dicha persona de cualquier otra manera que el Administrador pueda determinar. Dicho pago constituirá una descarga total de la responsabilidad del Plan, los Programas de Beneficios Componentes, el Administrador y el Empleador para dichos beneficios.

## **SIN INTERESES CREADOS**

Ninguna persona tendrá ningún derecho, título o interés en o a cualquier contribución hecha bajo el Plan y los Programas de Beneficios Componentes, dichas contribuciones se realizarán con el único propósito de proporcionar beneficios bajo los Programas de acuerdo con sus términos. Ni el Empleador ni el Administrador del Plan garantizarán de ninguna manera el pago de ningún beneficio que pueda ser o se deba a ninguna persona bajo el Plan o los Programas de Beneficios Componentes.

## **SIN GARANTÍA DE EMPLEO**

El Plan no es un contrato de trabajo. Nada de lo contenido en este documento ni el folleto de beneficios le da el derecho de ser retenido al servicio del Empleador o interfiere con el derecho del Empleador a despedirlo o a cancelar su servicio en cualquier momento.

## **COSTO DEL PLAN Y ADMINISTRACIÓN DE PROGRAMAS**

Los costos y gastos incurridos en la administración del Plan y los Programas de Beneficios Componentes se pagarán, a discreción del Administrador del Plan, (i) de los activos acumulados bajo el Plan y los Programas de Beneficios Componentes, si los hubiera; (ii) de las contribuciones de los empleados; y/o (iii) por el Empleador en la proporción que determine el Administrador.

## **Evidencia**

Las pruebas requeridas a cualquier persona bajo el Plan y los Programas de Beneficios Componentes pueden ser por certificado, declaración jurada, documento u otra información que el Administrador considere pertinente y confiable, y firmada, hecha o presentada por la parte o partes apropiadas.

## **EXAMEN FÍSICO Y AUTOPSIA**

Además de los derechos y privilegios otorgados bajo un Programa de Beneficios Componentes, el Administrador, a su propio costo, tendrá el derecho y la oportunidad de que un médico, designado por el Administrador, examine a cualquier persona cuya lesión o enfermedad sea la base de una reclamación bajo el Plan y los Programas de Beneficios Componentes, cuando y tan a menudo como razonablemente pueda requerir durante la pendencia de una reclamación o cualquier período de beneficios bajo el Plan y el Componente Programas de beneficios y para hacer una autopsia en caso de muerte, siempre que no esté prohibido por la ley. No obstante, lo anterior, ni el Plan ni los Programas de Beneficios Por Componentes solicitarán ni exigirán que una persona se someta a una prueba genética.

## **RECUPERACIÓN DE BENEFICIOS**

Si, debido a fraude, error o cualquier otra razón, una persona recibe un pago de beneficios bajo el Plan y los Programas de Beneficios Componentes que exceda el pago del beneficio que debería haberse realizado, el Administrador tendrá derecho a recuperar el monto de dicho exceso de dicha persona. No obstante, el Administrador del Plan podrá deducir el importe de dicho exceso de los beneficios posteriores pagaderos al Participante o a los Dependientes de dicho Participante a quién o en cuyo nombre se haya realizado el pago excesivo.

## **DEMANDAS RELATIVAS A BENEFICIOS**

Ninguna demanda puede ser presentada por ninguna persona o entidad para recuperar beneficios bajo el Plan más de un año a partir de la fecha en que los beneficios del Plan finalmente son negados.

## **LA INDEMNIZACIÓN DE LOS TRABAJADORES NO SE VE AFECTADA**

El Plan no está en lugar de la cobertura de la Compensación de los Trabajadores y no afecta a ningún requisito.

## **DIVISIBILIDAD**

En caso de que cualquier disposición del Plan o cualquier Programa de Beneficios Componentes sea considerada ilegal o inválida por cualquier razón, dicha ilegalidad o invalidez no afectará las disposiciones restantes del Plan o cualquier Programa de Beneficios Componentes, y el Plan y todos los Programas de Beneficios Componentes se interpretarán y aplicarán como si dichas disposiciones ilegales e inválidas nunca hubieran sido establecidas en el Programa de Plan o Beneficios Componentes.

## **FALTA DE APLICACIÓN**

El hecho de no hacer cumplir ninguna disposición del Plan no afectará el derecho del Empleador o Administrador del Plan a partir de entonces a hacer cumplir dicha disposición, ni tal falla afectará el derecho del Empleador o Administrador a hacer cumplir cualquier otra disposición del Plan.

## **INDEMNIZACIÓN**

Además de cualquier derecho de indemnización, los miembros de la junta directiva del Empleador o cualquier Empleado o Empleado del Empleador al que se delegue cualquier poder, autoridad o responsabilidad de conformidad con este Plan o cualquier Programa de Beneficios Componentes, pueden tener derecho bajo los artículos de constitución, estatutos o reglamentos del Empleador, bajo cualquier disposición de la ley, o en virtud de cualquier otro acuerdo, el Empleador satisfará cualquier responsabilidad efectivamente y razonablemente incurrida por cualquier persona o persona, incluidos los gastos, honorarios de abogados, sentencias, multas y montos pagados en liquidación (distintos de los montos pagados en liquidación no aprobados por el Empleador en relación con cualquier amenaza y acción, demanda o procedimiento pendiente o completado que esté relacionado con el ejercicio o el ejercicio por dicha persona o personas de cualquiera de las facultades, autoridad, responsabilidades o discreción según lo dispuesto en el Plan o un Programa de Beneficios Componentes, o razonablemente creído por dicha persona o personas para ser proporcionado en virtud del presente, y cualquier acción tomada por dicha persona o personas en relación con el mismo) a menos que se determine judicialmente lo mismo como resultado de la negligencia grave o mala conducta intencional de dicha persona o persona.

## **SIN GARANTÍA DE CONSECUENCIAS FISCALES**

No obstante cualquier disposición del Plan (incluidos los Programas de Beneficios Componentes) en sentido contrario, ni el Plan ni el Empleador hacen ningún compromiso o garantía de que cualquier monto pagado a o en nombre de un Empleado o dependiente bajo el Plan será excluido de los ingresos brutos del Empleado para fines del impuesto federal o estatal sobre la renta.

## **RESPONSABILIDAD POR BIENES O SERVICIOS**

El Empleador no garantiza y no es responsable de la naturaleza o calidad de los bienes o servicios proporcionados a través de cualquier proveedor o programa de atención médica porque estos bienes y servicios son proporcionados por personal y agencias fuera del control del Empleador.

## **DATOS**

Los participantes que puedan recibir beneficios bajo el Plan deben proporcionar al Empleador o a sus representantes designados dichos documentos, pruebas, información, divulgaciones o autorizaciones, según lo considere necesario o deseable con el propósito de administrar el Plan, o para proteger al Empleador. Será una condición del Plan que cada persona de este tipo debe proporcionar dicha información con prontitud y firmar los documentos que el Empleador pueda requerir antes de que los beneficios sean pagaderos bajo el Plan.

## **COMUNICACIONES ELECTRÓNICAS**

Siempre que un Empleado, Miembro, cónyuge, otro dependiente o beneficiario esté obligado a proporcionar información o realizar un proceso escrito, el Administrador del Plan podrá, a su discreción, permitir o exigir que se utilicen medios electrónicos. Además, las reuniones con el Administrador del Plan podrán celebrarse de forma presencial o a través de medios electrónicos o telefónicos o se podrán realizar una combinación de las mismas y acciones escritas del Administrador del Plan utilizando medios electrónicos o convencionales. En el uso de la comunicación electrónica, el Administrador del Plan seguirá todas las directrices publicadas por el Departamento de Trabajo y el Servicio de Impuestos Internos.

## **CLÁUSULA DE NO ASIGNABILIDAD Y AHORRO**

En la medida permitida por la ley, los beneficios o pagos bajo el Plan no estarán sujetos a enajenación, venta, cesión, compromiso, embargo, embargo, ejecución, gravamen u otra transferencia, ni estarán sujetos a ninguna reclamación de cualquier acreedor de cualquier Miembro bajo el Plan que no sea un médico o centro de tratamiento tan autorizado por el Participante o a un proceso legal por cualquier acreedor de cualquier Miembro (excepto en el caso de muerte u obligaciones adeudadas al Empleador). Cualquier intento de eludir estas disposiciones se considerará nulo.

## **EFFECTO DE LOS ERRORES**

En caso de error en cuanto a la elegibilidad o participación de un Empleado, o las asignaciones hechas a la cuenta de cualquier Miembro, o la cantidad de distribuciones realizadas o que se deben hacer a un Miembro u otra persona, el Administrador del Plan, en la medida en que lo considere posible, hará que se asigne o cause que se retenga o acelere, o de otro modo hacer ajustes, tales cantidades como en su sentencia otorgarán a dicho Miembro u otra persona los créditos a la cuenta o distribuciones a las que tiene derecho debidamente en virtud del Plan. Dicha acción por parte del Administrador del Plan puede incluir la retención de cualquier cantidad adeudada al Plan o al Empleador de la compensación pagada por el Empleador.

## **CUMPLIMIENTO DE MANDATOS ESTATALES Y FEDERALES**

El Plan, incluidos los Programas de Beneficios Componentes, cumplirá en la medida aplicable con los requisitos de todas las leyes estatales y federales aplicables, incluyendo pero no limitado a USERRA, COBRA, HIPAA, NMHPA, WHCRA, FMLA, MHPA, MHPAEA, HITECH, Michelle's Law, GINA y PPACA.

## **ARTÍCULO VII PRIVACIDAD Y SEGURIDAD HIPAA**

Si un Programa de Beneficios de Componentes no está exento de los requisitos de las Normas de Privacidad y las Normas de Seguridad, entonces esta Sección se aplicará.

## **DISCRIMINACIÓN BASADA EN FACTORES RELACIONADOS CON LA SALUD PROHIBIDOS**

Una ley federal, la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 ("HIPAA") prohíbe que los planes de salud discriminen a cualquier participante o dependiente en términos de elegibilidad para participar en el Plan basado en un factor relacionado con la salud. En consecuencia, los beneficios proporcionados bajo su Plan estarán disponibles para todas las personas situadas de manera similar. Cualquier restricción a los beneficios se aplicará uniformemente a todas las personas situadas de manera similar y no podrá dirigirse a una persona basada en un factor relacionado con la salud. El Plan puede (i) limitar o excluir beneficios que sean experimentales o no sean médicamente necesarios y (ii) exigir a una persona que satisfaga un requisito de deducible, copago, coseguro u otro requisito de costo compartido para obtener un beneficio, siempre que todos los límites, exclusiones o requisitos de costo compartido se apliquen uniformemente a todas las personas situadas de manera similar, y no solo se dirijan a una persona basada en un factor relacionado con la salud.

## **HIPAA ESTÁNDARES DE PRIVACIDAD Y SEGURIDAD**

HIPAA también requiere que los planes de salud protejan la confidencialidad de su información médica privada. Una descripción completa de sus derechos bajo HIPAA se puede encontrar en el Aviso de Privacidad del Plan o, si corresponde, en el aviso de privacidad proporcionado por la aseguradora. Para obtener una copia del aviso de privacidad, póngase en contacto con la aseguradora o, si tiene preguntas o quejas sobre la privacidad de su información de salud, póngase en contacto con el Administrador del Plan.

1. El Plan no divulgará información médica protegida a ningún miembro de la fuerza laboral de un empleador a menos que se cumpla cada una de las condiciones establecidas en esta Sección. La "Información médica protegida" tendrá la misma definición establecida en las Normas de Privacidad, pero generalmente significará información de identificación individual sobre la salud física o mental pasada, presente o futura o condición de una persona, incluida la información sobre el tratamiento o el pago del tratamiento. La "Información médica protegida" incluirá "información genética", tal como se define en las Normas de Privacidad. La "Información Electrónica de Salud Protegida" tendrá la misma definición establecida en las Normas de Seguridad, pero generalmente se referirá a información sanitaria protegida transmitida o mantenida en medios electrónicos.
2. La información sanitaria protegida divulgada a los miembros de la fuerza de trabajo del empleador será utilizada o divulgada por ellos únicamente a los efectos de las funciones administrativas del Plan. Las funciones administrativas del Plan incluirán todos los tratamientos del Plan, funciones de pago y operaciones de atención médica. Los términos "tratamiento", "pago" y "operaciones de atención médica" tendrán las mismas definiciones establecidas en las Normas de Privacidad, pero el término "pago" incluirá las actividades tomadas para determinar o cumplir con las responsabilidades del Plan con respecto a la elegibilidad, cobertura, provisión de beneficios o reembolso por atención médica. La información genética no se utilizará ni divulgará con fines de "suscripción", tal como se definen en las Normas de Privacidad.
3. El Plan divulgará la Información Médica Protegida únicamente a los miembros de la fuerza de trabajo del Empleador, que estén autorizados a recibir dicha Información Médica Protegida, y sólo en la medida y en la cantidad mínima necesaria para que esa persona desempeñe sus funciones con respecto al Plan. "Miembros de la fuerza de trabajo del empleador" se referirá a todos los empleados y otras personas bajo el control del Empleador. El Empleador deberá mantener una lista actualizada de los autorizados a recibir Información Médica Protegida.
  - a. Un miembro autorizado de la fuerza de trabajo del Empleador que reciba Información médica protegida utilizará o divulgará la Información médica protegida únicamente en la medida necesaria para desempeñar sus funciones con respecto al Plan.
  - b. En caso de que cualquier miembro de la fuerza de trabajo del Empleador utilice o divulgue información de salud protegida que no sea la permitida por esta Sección y los Estándares de Privacidad, el incidente será reportado al oficial de privacidad del Plan. El oficial de privacidad tomará las medidas apropiadas, incluyendo:

- i. investigación del incidente para determinar si la violación ocurrió inadvertidamente, por negligencia o deliberadamente; si hay un patrón de brechas; y el grado de daño causado por la violación;
- ii. sanciones apropiadas contra las personas que causen la infracción que, dependiendo de la naturaleza de la infracción, pueden incluir reprimenda oral o escrita, capacitación adicional o terminación de empleo;
- iii. mitigación de cualquier daño causado por la infracción, en la medida de lo posible; Y
- iv. documentación del incidente y todas las acciones tomadas para resolver el problema y mitigar cualquier daño.

4. El Empleador acepta:

- a. No utilizar ni divulgar más información que no sea la permitida o requerida por los documentos del Plan o según lo exija la ley;
- b. Implementar salvaguardias administrativas, físicas y técnicas razonables y apropiadas para proteger la confidencialidad, integridad y disponibilidad de la Información Electrónica de Salud Protegida que el Empleador crea, mantiene o transmite en nombre del Plan;
- c. Asegúrese de que cualquier agente o subcontratista, (i) a quien proporcione información sanitaria protegida recibida del Plan, acepte las mismas restricciones y condiciones que se aplican al Empleador con respecto a dicha información, y/o (ii) a quien proporcione información electrónica de salud protegida acordará, por escrito, implementar medidas de seguridad razonables y apropiadas para proteger la Información Electrónica de Salud Protegida;
- d. No usar o divulgar información de salud protegida para acciones y decisiones relacionadas con el empleo o en relación con cualquier otro plan de beneficios o beneficios para empleados del Empleador;
- e. Informar al Plan cualquier uso o divulgación de la Información de Salud Protegida de la cual tenga conocimiento de que es incompatible con los usos o divulgaciones permitidos por esta Sección, o requeridos por la ley;
- f. Poner a disposición información de salud protegida a los miembros individuales del Plan según lo requiera la Sección 164.524 de los Estándares de Privacidad;
- g. Poner a disposición información de salud protegida para su modificación por parte de los miembros individuales del Plan e incorporar cualquier enmienda a la Información de Salud Protegida según lo requiera la Sección 164.526 de las Normas de Privacidad;
- h. Poner a disposición la Información médica protegida necesaria para proporcionar una contabilidad de las divulgaciones a los miembros individuales del Plan según lo requiera la Sección 164.528 de los Estándares de Privacidad;
- i. Poner sus prácticas internas, libros y registros relacionados con el uso y divulgación de información médica protegida recibida del Plan a disposición del Departamento de Salud y Servicios Humanos con el fin de determinar el cumplimiento por parte del Plan con las Normas de Privacidad;
- j. Si es factible, devuelva o destruya toda la Información de Salud Protegida recibida del Plan que el Empleador todavía mantiene en cualquier forma, y no conserve copias de dicha información cuando ya no sea necesario para el propósito para el cual se hizo la divulgación, excepto que, si dicha devolución o destrucción no es factible, limitar otros usos y divulgaciones a aquellos fines que hagan inviable la devolución o destrucción de la información; Y

- k. Garantizar la separación adecuada entre el Plan y los miembros de la fuerza de trabajo del Empleador, como exige la Sección 164.504(f)(2)(iii) de las Normas de Privacidad y establecida en (d) supra, y utilizar medidas de seguridad razonables y apropiadas para cumplir con esta disposición.

## **ARTÍCULO VIII OTRAS DISPOSICIONES**

### **MEDICAID**

Si un Programa de Beneficios por Componentes está sujeto a ERISA § 609(b), entonces se aplicará esta Sección.

El pago de beneficios con respecto a un Participante bajo un Programa de Beneficios Componentes se realizará de acuerdo con cualquier asignación de derechos hecha por o en nombre de dicho Participante o un beneficiario del Participante según lo requerido por un plan estatal de asistencia médica aprobado bajo el título XIX de la Ley del Seguro Social de conformidad con el Artículo 1912(a)(1)(A) de dicha Ley (como en efecto en la fecha de promulgación de la Ley de Reconciliación Presupuestaria Ómnibus de 1993).

El hecho de que un Participante sea elegible o se le proporcione asistencia médica bajo un plan estatal de asistencia médica aprobado bajo el título XIX de la Ley del Seguro Social no se tendrá en cuenta al inscribir a dicho Participante o en determinar o hacer pagos de beneficios para dicho Participante.

En la medida en que se haya efectuado el pago en virtud de un plan estatal de asistencia médica aprobado bajo el título XIX de la Ley del Seguro Social en cualquier caso en el que un Programa de Beneficios Componentes tenga la responsabilidad legal de realizar el pago de artículos o servicios que constituyan dicha asistencia, el pago de beneficios en virtud de dicho programa se efectuará de conformidad con cualquier ley estatal que disquiera que el Estado haya adquirido los derechos con respecto a un Participante a dicho pago tales artículos o servicios.

### **LEY DE LICENCIA FAMILIAR Y MÉDICA**

Si un Empleador está sujeto a la Ley de Licencia Familiar y Médica de 1993, en su forma enmendada (FMLA), entonces se aplicará esta Sección. Un Participante que esté en una licencia aprobada bajo la FMLA tendrá derecho a continuar su participación en los Programas de Beneficios Componentes durante dicha licencia en la medida requerida por y de acuerdo con la FMLA, las regulaciones aplicables, y el Programa de Beneficios componentes, así como este Plan.

### **COBERTURA DE CONTINUACIÓN COBRA**

Si el Programa de Beneficios por Componentes no está exento de los requisitos de la Ley de Reconciliación Presupuestaria Ómnibus Consolidada de 1985, en su forma enmendada ("COBRA"), y de las regulaciones que lo inveen, el Programa de Beneficios por Componentes se operará de conformidad con dichos requisitos, según lo establecido en los Documentos del Plan de dicho Programa de Beneficios por Componentes.

### **DERECHOS DE REEMPLEO DE SERVICIOS UNIFORMADOS (USERRA)**

Si un Programa de Beneficios Por Componentes no está exento de los requisitos de la Ley de Derechos de Empleo y Reemplazo de Servicios Uniformados (USERRA, por sus hijos) y de las regulaciones que lo inveen, el Programa de Beneficios Componentes se operará de conformidad con dichos requisitos. Este Plan se interpretará para cumplir con USERRA y cualquier normativa pertinente. Las disposiciones de USERRA pueden variar ligeramente entre los distintos Programas de Beneficios Componentes. En la medida en que sea coherente con la legislación aplicable, las disposiciones específicas de USERRA en cualquier Programa de Beneficios Componentes regirán sobre los términos de esta Sección.

A menos que se disponga específicamente lo contrario en los Documentos de Gobierno aplicables:

1. un Participante debe notificar al Empleador su intención de elegir a USERRA continuación de la cobertura antes de la expiración del período de elección cobra proporcionado bajo el Programa de Beneficios Componentes; Y
2. cualquier período de continuación de la cobertura de USERRA se ejecutará simultáneamente con la cobertura de continuación cobra.

## **COBERTURA DE NIÑOS DEPENDIENTES EN CASO DE ADOPCIÓN**

Si un Programa de Beneficios por Componentes está sujeto a ERISA § 609(c), entonces se aplicará esta Sección.

1. Con respecto a cualquier programa de beneficios por componentes que proporcione cobertura para los hijos dependientes de los empleados, dicho Programa de Beneficios Componentes proporcionará beneficios a los niños dependientes colocados con un Empleado en adopción (según lo definido por ERISA § 609(c)) bajo los mismos términos y condiciones que se aplican a los hijos naturales del Empleado, independientemente de si la adopción se ha convertido, en definitiva.
2. Dicho Programa de Beneficios Componentes no restringirá la cobertura de un niño adoptado o puesto en adopción por un Empleado, únicamente sobre la base de una condición preexistente de dicho niño en el momento en que dicho niño sería elegible para la cobertura bajo el Programa de Beneficios Componentes, si la adopción o colocación para adopción ocurre mientras que el Empleado es elegible para la cobertura bajo el Programa de Beneficios Componentes.

## **REQUISITOS DE PORTABILIDAD Y NO DISCRIMINACIÓN HIPAA**

Si un Programa de Beneficios por Componentes no está exento bajo ERISA § 732 de los requisitos de portabilidad y no discriminación hipaa según lo establecido en ERISA §§ 701 a 703 y las regulaciones en virtud de los mismos, el Programa de Beneficios componentes se operará de acuerdo con dichos requisitos.

Se operará un Programa de Beneficios por Componentes de conformidad con las disposiciones de ERISA § 702 que restringen el uso y la recopilación de información genética y el requisito o solicitud de pruebas genéticas.

## **LEY DE PROTECCIÓN DE LA SALUD DE LOS RECIÉN NACIDOS Y LAS MADRES DE 1996**

Los planes de salud grupales y los emisores de seguro médico generalmente no pueden, bajo la ley federal, restringir los beneficios por cualquier duración hospitalaria de la estancia en relación con el parto para la madre o el niño recién nacido a menos de 48 horas después de un parto vaginal, o menos de 96 horas después de una cesárea. Sin embargo, la ley federal generalmente no prohíbe que el proveedor o médico asistente, después de consultar con la madre, descargue a la madre o a su recién nacido antes de 48 horas (o 96 horas según corresponda). En cualquier caso, los planes y emisores no pueden, bajo la ley federal, exigir que un proveedor obtenga autorización del plan o del emisor para prescribir la duración de la estancia no superior a 48 horas o 96 horas, según sea el caso.

## **LEY DE PARIDAD DE SALUD MENTAL Y EQUIDAD EN LAS ADICCIONES DE 2008 (MHPAEA)**

Si un Programa de Beneficios por Componentes está sujeto a ERISA § 712, entonces se aplicarán los términos de esta Sección.

Un Programa de Beneficios Componentes que proporcione beneficios médicos y quirúrgicos y beneficios de salud mental y/o abuso de sustancias no impondrá límites a los beneficios de salud mental o abuso de sustancias que violen los requisitos de ERISA § 712.

## **LA LEY DE SALUD DE LA MUJER Y LOS DERECHOS DEL CÁNCER DE 1998 (WHCRA)**

Si un Programa de Beneficios por Componentes está sujeto a ERISA § 713 y proporciona beneficios médicos y quirúrgicos con respecto a una mastectomía o lumpectomía, entonces se aplicará esta Sección.

Dicho Programa de Beneficios componentes, con respecto a un Participante que esté recibiendo beneficios en relación con una mastectomía o lumpectomía, y que elija la reconstrucción mamaria en relación con dicha mastectomía o lumpectomía, proporcionará cobertura para lo siguiente (sujeto a deducibles aplicables, copagos y otras limitaciones del Programa de Beneficios componentes):

1. Reconstrucción de la mama en la que se ha realizado la mastectomía o lumpectomía;
2. Cirugía y reconstrucción de la otra mama para producir una apariencia simétrica; Y
3. Prótesis y complicaciones físicas para todas las etapas de la mastectomía o lumpectomía, incluidos los linfedemas;

## **LEY DE NO DISCRIMINACIÓN DE INFORMACIÓN GENÉTICA DE 2008 (GINA)**

La Ley de No Discriminación por Información Genética de 2008 ("GINA") protege a los empleados contra la discriminación basada en su información genética. A menos que se permita lo contrario, su Empleador no puede solicitar ni requerir ninguna información genética de usted o de sus familiares.

### **ARTÍCULO IX DECLARACIÓN DE DERECHOS DE ERISA**

Como Participante en el Plan usted tiene derecho a ciertos derechos y protecciones bajo la Ley de Seguridad de Ingresos por Jubilación de Empleados de 1974 ("ERISA"). ERISA dispone que todos los Participantes del Plan tendrán derecho a:

#### **Reciba información sobre su plan y beneficios**

- Examine, sin cargo alguno, en la oficina del Administrador del Plan y en otros lugares específicos, como los lugares de trabajo y las salas sindicales, todos los documentos que rigen el Plan, incluidos los contratos de seguro y los acuerdos de negociación colectiva, y una copia del último informe anual (Formulario 5500 Series) presentado por el Plan ante el Departamento de Trabajo de los Estados Unidos y disponible en la Sala de Divulgación Pública de la Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados.
- Obtenga, previa solicitud escrita al Administrador del Plan, copias de documentos que rigen el funcionamiento del Plan, incluidos contratos de seguros y convenios colectivos, y copias del último informe anual (Formulario 5500 Series) y descripción actualizada del plan de resumen. El Administrador del Plan puede hacer un cargo razonable por las copias.
- Reciba un resumen del informe financiero anual del Plan. El Administrador del Plan está obligado por ley a proporcionar a cada Participante del Plan una copia de este informe anual resumido.

#### **Continuar la cobertura del Plan de Salud grupal**

Continúe la cobertura de atención médica por sí mismo, y su cónyuge y dependientes si hay una pérdida de cobertura bajo el Plan como resultado de un evento calificado. Usted o su Cónyuge o Dependientes pueden tener que pagar por dicha cobertura. Revise esta descripción del plan de resumen y los documentos que rigen el Plan sobre las reglas que rigen sus derechos de cobertura de continuación cobra.

### **Acciones prudentes por Fiduciarios del plan**

Además de crear derechos para los participantes del Plan, ERISA impone deberes a las personas responsables del funcionamiento del plan de beneficios para los empleados. Las personas que operan su Plan, llamados "fiduciarios" del Plan, tienen el deber de hacerlo con prudencia y en interés de usted y de otros participantes y beneficiarios del Plan. Nadie, incluido su empleador, su sindicato o cualquier otra persona, puede despedirlo o discriminarlo de ninguna manera para evitar que obtenga un beneficio de bienestar o ejerza sus derechos bajo ERISA.

### **Hacer valer sus derechos**

Si su reclamo por un beneficio de bienestar es denegado o ignorado, total o parcialmente, usted tiene derecho a saber por qué se hizo esto, a obtener copias de documentos relacionados con la decisión sin cargo, y a apelar cualquier denegación, todo dentro de ciertos horarios de tiempo.

En ERISA, hay medidas que puede tomar para hacer cumplir los derechos anteriores. Por ejemplo, si solicita una copia de los documentos del Plan o el último informe anual del Plan y no los recibe en un plazo de 30 días, puede presentar una demanda en un tribunal federal. En tal caso, el tribunal puede requerir que el Administrador del Plan proporcione los materiales y le pague hasta \$110 al día hasta que reciba los materiales, a menos que los materiales no fueran enviados debido a razones fuera del control del Administrador del Plan. Si usted tiene una reclamación de beneficios que es denegada o ignorada, total o parcialmente, 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 ella con respecto al estado calificado de una orden de relaciones domésticas o una orden de manutención médica de niños, puede presentar una demanda en un tribunal federal. Si sucede que los fiduciarios del Plan hacen mal uso del dinero del Plan, o si usted es discriminado por hacer valer sus derechos, puede solicitar ayuda al Departamento de Trabajo de los Estados Unidos, 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 a la persona que ha demandado que pague estos costos y honorarios. Si pierde, el tribunal puede ordenarle que pague estos costos y honorarios, por ejemplo, si encuentra que su reclamo es frívolo.

### **Asistencia con sus preguntas**

Si tiene alguna pregunta sobre su Plan, debe ponerse en contacto con el Administrador del Plan. Si tiene alguna pregunta sobre esta declaración o sobre sus derechos bajo ERISA, o si necesita asistencia para obtener documentos del Administrador del Plan, debe comunicarse con la oficina más cercana de la Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados, Departamento de Trabajo de ee. UU., que aparece en su directorio telefónico o en la División de Asistencia Técnica e Investigaciones, 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.

## **ARTÍCULO X SUBROGACIÓN Y RECUPERACIÓN DE TERCEROS**

### **SUBROGACIÓN Y RECUPERACIÓN**

Si un Participante incurre en gastos cubiertos o recibe beneficios bajo un Programa de Beneficios Componentes con respecto a una lesión o enfermedad de la cual un tercero (o su aseguradora) puede ser responsable, el Plan conserva todos los derechos de subrogación, recuperación y reembolso según lo establecido más específicamente en los Documentos del Plan para cada Programa de Beneficios Componentes.

## **COORDINACIÓN DE BENEFICIOS**

Cuando un Participante está cubierto por este Plan y otro plan, los planes coordinarán los beneficios cuando se reciba una reclamación. Los términos se aplicarán, excepto en la medida específicamente prevista de otro modo en los Documentos del Plan de un Programa de Beneficios por Componentes.

El plan que paga primero de acuerdo con las reglas pagará como si no hubiera otro plan involucrado. Si este Plan es secundario o posterior, pagará la cantidad que de otro modo habría pagado, menos lo que el plan primario pagó, para que los beneficios no se dupliquen. El reembolso total nunca será superior a la cantidad que se habría pagado si este Plan hubiera sido el plan principal.

## **PLAN DE BENEFICIOS**

Esta disposición coordinará los beneficios para la salud de un plan de beneficios. El término plan de beneficios significa este Plan o cualquiera de los siguientes planes:

1. Planes de grupo o tipo grupo, incluidos planes de franquicia o beneficios generales.
2. Planes de grupo De Cruz Azul y Escudo Azul.
3. Práctica de grupo y otros planes de prepago grupal.
4. Planes o programas del gobierno federal. Esto incluye, pero no se limita a, Medicare y Tricare.
5. Otros planes requeridos o proporcionados por la ley. Esto no incluye Medicaid ni ningún plan de beneficios como él que, por sus términos y la ley aplicable, no permita la coordinación.
6. No Fault Auto Insurance, por el nombre que se llame, cuando no está prohibido por la ley.

## **CARGO PERMITIDO**

Para que un cargo sea un cargo permitido debe ser un cargo habitual y razonable y al menos una parte de él debe estar cubierto bajo este Plan.

En el caso de HMO (Health Maintenance Organization) u otros planes solo en la red: Este Plan no considerará ningún cargo superior a lo que un HMO o proveedor de red ha aceptado aceptar como pago completo. Además, cuando un HMO o plan de red es principal y el Participante no utiliza un HMO o proveedor de red, este Plan no considerará como cargo permitido ningún cargo que hubiera sido cubierto por el HMO o el plan de red si el Participante hubiera utilizado los servicios de un HMO o proveedor de red.

En el caso de planes de tipo de servicio en los que los servicios se presten como beneficios, el valor razonable en efectivo de cada servicio será el cargo permitido.

## **LIMITACIONES DEL AUTOMÓVIL**

Cuando los pagos médicos estén disponibles bajo seguro de vehículos, el Plan pagará únicamente beneficios excesivos, sin reembolso por deducibles del plan de vehículos. Este Plan siempre se considerará el transportista secundario independientemente de la elección de la persona bajo cobertura PIP (protección contra lesiones personales) con el transportista de automóviles.

## **ORDEN DE PAGO DEL PLAN DE BENEFICIOS**

Cuando dos o más planes proporcionen beneficios por el mismo cargo permitido, el pago de beneficios seguirá estas reglas:

1. Los planes que no tienen una disposición de coordinación, o uno similar, pagarán primero. Los planes con tal disposición se considerarán después de aquellos sin uno.
2. Los planes con una disposición de coordinación pagarán sus beneficios hasta el cargo permitido:
  - a. Los beneficios del plan que cubre directamente a la persona (es decir, como empleado, cónyuge o dependiente) ("Plan A") se determinan antes que los del plan que cubre a la persona como dependiente ("Plan B").
  - b. Los beneficios de un plan que cubre a una persona como empleado que no es despedido ni jubilado se determinan antes que los de un plan de beneficios que cubre a esa persona como un empleado despedido o jubilado. Los beneficios de un plan de beneficios que cubre a una persona como dependiente de un empleado que no es despedido ni jubilado se determinan antes que los de un plan de beneficios que cubre a una persona como dependiente de un empleado despedido o jubilado. Si el otro plan de beneficios no tiene esta regla, y si, como resultado, los planes no están de acuerdo en el orden de los beneficios, esta regla no se aplica.
  - c. Los beneficios de un plan de beneficios que cubre a una persona como empleado que no es despedido ni jubilado se determinan antes de esos beneficios de un plan de beneficios que cubre a esa persona como un empleado despedido o jubilado. Si el otro plan de beneficios no tiene esta regla, y si, como resultado, los planes no están de acuerdo en el orden de los beneficios, esta regla no se aplica.
  - d. Los beneficios de un plan de beneficios que cubre a una persona como empleado que no es despedido ni jubilado o dependiente de un empleado que no es despedido ni jubilado se determinan antes que los de un plan que cubre a la persona como beneficiario de COBRA.
  - e. Cuando un niño está cubierto como dependiente y los padres no están separados o divorciados, se aplicarán estas reglas:
    - i. Los beneficios del plan de beneficios del padre cuyo cumpleaños cae a principios de un año se determinan antes de los del plan de beneficios del padre cuyo cumpleaños cae más tarde en ese año;
    - ii. Si ambos padres tienen el mismo cumpleaños, los beneficios del plan de beneficios que ha cubierto al padre durante más tiempo se determinan antes de los del plan de beneficios que cubre al otro padre.
  - f. Cuando los padres de un niño están divorciados o separados legalmente, estas reglas se aplicarán:
    - i. Esta regla se aplica cuando el padre con la custodia del niño no se ha vuelto a casar. El plan de beneficios del padre con custodia será considerado antes del plan de beneficios del padre sin custodia.
    - ii. Esta regla se aplica cuando el padre con la custodia del niño se ha vuelto a casar. El plan de beneficios del padre con custodia se considerará primero. El plan de beneficios del padrastro que cubre al niño como dependiente se considerará a continuación. El plan de beneficios del padre sin custodia se considerará a continuación. El plan de beneficios del padrastro sin custodia se considerará el último.
    - iii. Esta regla estará en lugar de las cláusulas i) y ii) anteriores cuando se aplique. Un decreto judicial puede indicar qué padre es financieramente responsable de los beneficios médicos y dentales del niño. En este caso, el plan de beneficios de ese padre será considerado antes de otros planes que cubren al niño como dependiente.

- iv. Si los términos específicos del decreto judicial establecen que los padres compartirán la custodia compartida, sin indicar que uno de los padres es responsable de los gastos de atención médica del niño, los planes que cubren al niño seguirán las reglas de determinación del orden de beneficios descritas anteriormente cuando un niño está cubierto como dependiente y los padres no están separados o divorciados.
  - v. Para los padres que nunca estuvieron casados entre sí, las reglas se aplican como se establece anteriormente, siempre y cuando se haya establecido la paternidad.
  - g. Si todavía hay un conflicto después de que se hayan aplicado estas reglas, el plan de beneficios que ha cubierto al paciente durante más tiempo se considerará primero. Cuando hay un conflicto en la coordinación de las normas de beneficios, el Plan nunca pagará más del 50% de los cargos permitidos al pagar secundarios.
3. Medicare pagará primaria, secundaria o última en la medida establecida en la ley federal. Cuando Medicare va a ser el principal pagador, este Plan basará su pago en beneficios que habrían sido pagados por Medicare bajo las Partes A y B independientemente de si la persona se inscribió o no bajo cualquiera de estas partes. El Plan se reserva el derecho de coordinar los beneficios con respecto a la Parte D de Medicare.
  4. Si un Participante del Plan está bajo una extensión de discapacidad de un plan de beneficios anterior, ese plan de beneficios pagará primero y este Plan pagará en segundo lugar.
  5. El Plan pagará primariamente a cualquier plan gubernamental en la medida requerida por la ley federal.

## **PERÍODO DE DETERMINACIÓN DE RECLAMACIONES**

Los beneficios se coordinarán anualmente. Esto se denomina período de determinación de reclamaciones.

## **DERECHO A RECIBIR O DIVULGAR LA INFORMACIÓN NECESARIA**

Este Plan puede dar u obtener la información necesaria de otra aseguradora o cualquier otra organización o persona. Esta información puede ser dada u obtenida sin el consentimiento o notificación a cualquier otra persona. Un Participante debe dar a este Plan la información que solicita sobre otros planes y su pago de Cargos Permitidos.

## **FACILIDAD DE PAGO**

Este Plan puede pagar otros planes por los beneficios pagados que el Administrador determine que debería haber pagado. Ese reembolso contará como un pago válido bajo este Plan.

## **DERECHO DE RECUPERACIÓN**

Este Plan puede pagar beneficios que deben ser pagados por otro plan de beneficios. En este caso, este Plan puede recuperar el monto pagado del otro plan de beneficios o del Participante. Ese reembolso contará como un pago válido bajo el otro plan de beneficios.

Además, este Plan puede pagar beneficios que luego se encuentran que son mayores que el cargo permitido. En este caso, este Plan podrá recuperar el importe del sobrepago de la fuente a la que se pagó.

APÉNDICE A  
PLAN DE BENEFICIOS PARA EMPLEADOS DE AMY'S KITCHEN

PROGRAMAS DE BIENESTAR

Los siguientes Programas de Bienestar serán tratados como que comprenden el Plan:

Plan Medico classico PPO de Anthem

Plan de medicamentos recetados

Plan Dental de eleccion esencial de Anthem

Plan de Visión deBlue View

Plan de seguro de vida de Prudential

Plan de seguro de muerte y desmembramiento accidental de Prudential

Plan de discapacidad a largo plazo de Prudential

Plan de discapacidad a corto plazo de Prudential

Cuenta de gastos flexible de atención médica

Plan de Conversion Premium

APÉNDICE B  
RECINTOS DE AVISOS DE PLAN REQUERIDOS ADICIONALES

Programa de Seguro Médico para Niños del Empleador (CHIP)  
Aviso de intercambio de seguros de salud  
Aviso de cobertura acreditable de la Parte D de Medicare  
Aviso de prácticas de privacidad  
Programa de Bienestar

## Aviso del Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP)

### Asistencia Premium bajo Medicaid y el Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP)

Si usted o sus hijos son elegibles para Medicaid o CHIP y usted es elegible para la cobertura de salud de su empleador, su estado puede tener un programa de asistencia de prima que puede ayudar a pagar la cobertura, usando fondos de sus programas de Medicaid o CHIP. Si usted o sus hijos no son elegibles para Medicaid o CHIP, usted no será elegible para estos programas de asistencia de prima, pero es posible que pueda comprar cobertura de seguro individual a través del Mercado de Seguros Médicos. Para obtener más información, visite [www.healthcare.gov](http://www.healthcare.gov).

Si usted o sus dependientes ya están inscritos en Medicaid o CHIP y usted vive en un Estado que aparece a continuación, comuníquese con su oficina estatal de Medicaid o CHIP para averiguar si hay asistencia premium disponible.

Si usted o sus dependientes **NO** están inscritos actualmente en Medicaid o CHIP, y cree que usted o cualquiera de sus dependientes podrían ser elegibles para cualquiera de estos programas, comuníquese con su oficina estatal de Medicaid o CHIP o marque **1-877-KIDS AHORA** o [www.insurekidsnow.gov](http://www.insurekidsnow.gov) para averiguar cómo aplicar. Si califica, pregúntele a su estado si tiene un programa que podría ayudarlo a pagar las primas de un plan patrocinado por el empleador.

Si usted o sus dependientes son elegibles para recibir asistencia de prima bajo Medicaid o CHIP, así como elegible bajo su plan de empleador, su empleador debe permitirle inscribirse en su plan de empleador si aún no está inscrito. Esto se llama una oportunidad de "inscripción especial", y **usted debe solicitar cobertura dentro de los 60 días de ser determinado elegible para la asistencia de prima**. Si tiene preguntas sobre inscribirse en su plan de empleador, comuníquese con el Departamento de Trabajo al [www.askebsa.dol.gov](http://www.askebsa.dol.gov) o llame al **1-866-444-EBSA (3272)**.

**Si usted vive en uno de los siguientes estados, usted puede ser elegible para recibir asistencia para pagar las primas de su plan de salud del empleador. La siguiente lista de estados está actualizada al 31 de julio de 2020. Póngase en contacto con su Estado para obtener más información sobre la elegibilidad —**

ALABAMA – Medicaid	COLORADO – Health First Colorado (Programa Medicaid de Colorado) y Child Health Plan Plus (CHP+)
Sitio web: <a href="http://myalhipp.com/">http://myalhipp.com/</a> Teléfono: 1-855-692-5447	Sitio web de Health First Colorado: <a href="https://www.healthfirstcolorado.com/">https://www.healthfirstcolorado.com/</a> Centro de Contacto para Miembros de Health First Colorado: 1-800-221-3943/ Relé estatal 711 CHP+: <a href="https://www.colorado.gov/pacific/hcpf/child-health-plan-plus">https://www.colorado.gov/pacific/hcpf/child-health-plan-plus</a> Servicio al Cliente chp+: 1-800-359-1991/ Relé estatal 711 Programa de Compra de Seguro Médico (HIBI) <a href="https://www.colorado.gov/pacific/hcpf/health-insurance-buy-program">https://www.colorado.gov/pacific/hcpf/health-insurance-buy-program</a> Servicio al Cliente de HIBI: 1-855-692-6442
ALASKA – Medicaid	FLORIDA - Medicaid
El programa de pago de la prima de seguro médico de AK Website: <a href="http://myakhipp.com/">http://myakhipp.com/</a> Teléfono: 1-866-251-4861 Email: <a href="mailto:CustomerService@MyAKHIPP.com">CustomerService@MyAKHIPP.com</a> elegibilidad para Medicaid: <a href="http://dhss.alaska.gov/dpa/Pages/medicaid/default.aspx">http://dhss.alaska.gov/dpa/Pages/medicaid/default.aspx</a>	Sitio web: <a href="https://www.flmedicaidplrecovery.com/flmedicaidplrecovery.com/hipp/index.html">https://www.flmedicaidplrecovery.com/flmedicaidplrecovery.com/hipp/index.html</a> Phone: 1-877-357-3268

<b>ARKANSAS – Medicaid</b>	<b>GEORGIA – Medicaid</b>
Sitio web: <a href="http://myarhipp.com/">http://myarhipp.com/</a> Teléfono: 1-855-MyARHIPP (855-692-7447)	Sitio web: <a href="https://medicaid.georgia.gov/health-insurance-premium-payment-program-hipp">https://medicaid.georgia.gov/health-insurance-premium-payment-program-hipp</a> Teléfono: 678-564-1162 ext 2131
<b>CALIFORNIA – Medicaid</b>	<b>INDIANA – Medicaid</b>
Sitio web: <a href="https://www.dhcs.ca.gov/services/Pages/TPLRD_CAU_cont.aspx">https://www.dhcs.ca.gov/services/Pages/TPLRD_CAU_cont.aspx</a> Teléfono: 916-440-5676	Healthy Indiana Plan para adultos de bajos ingresos 19-64 Website: <a href="http://www.in.gov/fssa/hip/">http://www.in.gov/fssa/hip/</a> Teléfono: 1-877-438-4479 Todo otro Medicaid Website: <a href="https://www.in.gov/medicaid/">https://www.in.gov/medicaid/</a> Teléfono: 1-800-457-4584
<b>IOWA – Medicaid y CHIP (Hawki)</b>	<b>MONTANA – Medicaid</b>
Sitio web de Medicaid: <a href="https://dhs.iowa.gov/ime/members">https://dhs.iowa.gov/ime/members</a> Teléfono Medicaid: 1-800-338-8366 Sitio web de Hawki: <a href="http://dhs.iowa.gov/Hawki">http://dhs.iowa.gov/Hawki</a> Hawki Teléfono: 1-800-257-8563	Sitio web: <a href="http://dphhs.mt.gov/MontanaHealthcarePrograms/HIPP">http://dphhs.mt.gov/MontanaHealthcarePrograms/HIPP</a> Teléfono: 1-800-694-3084
<b>KANSAS – Medicaid</b>	<b>NEBRASKA – Medicaid</b>
Sitio web: <a href="http://www.kdheks.gov/hcf/default.htm">http://www.kdheks.gov/hcf/default.htm</a> Teléfono: 1-800-792-4884	Sitio web: <a href="http://www.ACCESSNebraska.ne.gov">http://www.ACCESSNebraska.ne.gov</a> Teléfono: (855) 632-7633 Lincoln: (402) 473-7000 Omaha: (402) 595-1178
<b>KENTUCKY – Medicaid</b>	<b>NEVADA – Medicaid</b>
Kentucky Integrated Health Insurance Premium Payment Program (KI-HIPP) Sitio web: <a href="https://chfs.ky.gov/agencies/dms/member/Pages/kihipp.aspx">https://chfs.ky.gov/agencies/dms/member/Pages/kihipp.aspx</a> Teléfono: 1-855-459-6328 Correo electrónico: <a href="mailto:KIHIP.PPROGRAM@ky.gov">KIHIP.PPROGRAM@ky.gov</a>  Sitio web de KCHIP: <a href="https://kidshealth.ky.gov/Pages/index.aspx">https://kidshealth.ky.gov/Pages/index.aspx</a> Teléfono: 1-877-524-4718  Sitio web de Kentucky Medicaid: <a href="https://chfs.ky.gov">https://chfs.ky.gov</a>	Sitio web de Medicaid: <a href="http://dhcfnv.gov/">http://dhcfnv.gov/</a> Medicaid Teléfono: 1-800-992-0900
<b>LOUISIANA – Medicaid</b>	<b>NEW HAMPSHIRE – Medicaid</b>
Sitio web: <a href="http://www.medicaid.la.gov">www.medicaid.la.gov</a> o <a href="http://www.ldh.la.gov/lahipp">www.ldh.la.gov/lahipp</a> Teléfono: 1-888-342-6207 (línea directa de Medicaid) o 1-855-618-5488 (LaHIPP)	Sitio web: <a href="https://www.dhhs.nh.gov/oii/hipp.htm">https://www.dhhs.nh.gov/oii/hipp.htm</a> Teléfono: 603-271-5218 Número gratuito para el programa HIPP: 1-800-852-3345, ext 5218
<b>MAINE – Medicaid</b>	<b>NUEVA JERSEY – Medicaid y CHIP</b>
Sitio web de inscripción: <a href="https://www.maine.gov/dhhs/ofi/applications-forms">https://www.maine.gov/dhhs/ofi/applications-forms</a> Teléfono: 1-800-442-6003 TTY: Relevo maine 711  Página web de la prima de seguro médico privado: <a href="https://www.maine.gov/dhhs/ofi/applications-forms">https://www.maine.gov/dhhs/ofi/applications-forms</a> Teléfono: 1-800-977-6740. TTY: Relevo maine 711	Sitio web de Medicaid: <a href="http://www.state.nj.us/humanservices/dmahs/clients/medicaid/">http://www.state.nj.us/humanservices/dmahs/clients/medicaid/</a> Medicaid Teléfono: 609-631-2392 CHIP Sitio web: <a href="http://www.njfamilycare.org/index.html">http://www.njfamilycare.org/index.html</a> CHIP Teléfono: 1-800-701-0710
<b>MASSACHUSETTS – Medicaid y CHIP</b>	<b>NUEVA YORK - Medicaid</b>

Sitio web: <a href="http://www.mass.gov/eohhs/gov/departments/masshealth/">http://www.mass.gov/eohhs/gov/departments/masshealth/</a> Teléfono: 1-800-862-4840	Sitio web: <a href="https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/">https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/</a> Teléfono: 1-800-541-2831
<b>MINNESOTA – Medicaid</b>	<b>CAROLINA DEL NORTE – Medicaid</b>
Sitio web: <a href="https://mn.gov/dhs/people-we-serve/children-and-families/health-care/health-care-programs/programs-and-services/medical-assistance.jsp">https://mn.gov/dhs/people-we-serve/children-and-families/health-care/health-care-programs/programs-and-services/medical-assistance.jsp</a> Teléfono: 1-800-657-3739	Sitio web: <a href="https://medicaid.ncdhhs.gov/">https://medicaid.ncdhhs.gov/</a> Teléfono: 919-855-4100
<b>MISSOURI – Medicaid</b>	<b>DAKOTA DEL NORTE – Medicaid</b>
Sitio web: <a href="http://www.dss.mo.gov/mhd/participants/pages/hipp.htm">http://www.dss.mo.gov/mhd/participants/pages/hipp.htm</a> Teléfono: 573-751-2005	Sitio web: <a href="http://www.nd.gov/dhs/services/medicalserv/medicaid/">http://www.nd.gov/dhs/services/medicalserv/medicaid/</a> Teléfono: 1-844-854-4825
<b>OKLAHOMA – Medicaid y CHIP</b>	<b>UTAH – Medicaid y CHIP</b>
Sitio web: <a href="http://www.insureoklahoma.org">http://www.insureoklahoma.org</a> Teléfono: 1-888-365-3742	Sitio web de Medicaid: <a href="https://medicaid.utah.gov/">https://medicaid.utah.gov/</a> sitio web de CHIP: <a href="http://health.utah.gov/chip">http://health.utah.gov/chip</a> Teléfono: 1-877-543-7669
<b>OREGÓN – Medicaid</b>	<b>VERMONT- Medicaid</b>
Sitio web:  teléfono <a href="http://healthcare.oregon.gov/Pages/index.aspx">http://healthcare.oregon.gov/Pages/index.aspx</a> <a href="http://www.oregonhealthcare.gov/index-es.html">http://www.oregonhealthcare.gov/index-es.html</a> : 1-800-699-9075	Sitio web: <a href="http://www.greenmountaincare.org/">http://www.greenmountaincare.org/</a> Teléfono: 1-800-250-8427
<b>PENSILVANIA – Medicaid</b>	<b>VIRGINIA – Medicaid y CHIP</b>
Sitio web: <a href="https://www.dhs.pa.gov/providers/Pages/Medical/HIPP-Program.aspx">https://www.dhs.pa.gov/providers/Pages/Medical/HIPP-Program.aspx</a> Teléfono: 1-800-692-7462	Sitio web: <a href="http://www.coverva.org/hipp/">http://www.coverva.org/hipp/</a> Medicaid Teléfono: 1-800-432-5924 CHIP Teléfono: 1-855-242-8282
<b>RHODE ISLAND – Medicaid</b>	<b>WASHINGTON - Medicaid</b>
Sitio web: <a href="http://www.eohhs.ri.gov/">http://www.eohhs.ri.gov/</a> Teléfono: 1-855-697-4347, o 401-462-0311 (Direct Rite Share Line)	Sitio web: <a href="https://www.hca.wa.gov/">https://www.hca.wa.gov/</a> Teléfono: 1-800-562-3022
<b>CAROLINA DEL SUR – Medicaid</b>	<b>VIRGINIA OCCIDENTAL – Medicaid</b>
Sitio web: <a href="http://www.scdhhs.gov">http://www.scdhhs.gov</a> Teléfono: 1-888-549-0820	Sitio web: <a href="http://mywvhipp.com/">http://mywvhipp.com/</a> Teléfono gratuito: 1-855-MyWVHIPP (1-855-699-8447)
<b>DAKOTA DEL SUR - Medicaid</b>	<b>WISCONSIN – Medicaid y CHIP</b>
Sitio web: <a href="http://dss.sd.gov">http://dss.sd.gov</a> Teléfono: 1-888-828-0059	Sitio web: <a href="https://www.dhs.wisconsin.gov/badgercareplus/p-10095.htm">https://www.dhs.wisconsin.gov/badgercareplus/p-10095.htm</a> Teléfono: 1-800-362-3002
<b>TEXAS – Medicaid</b>	<b>WYOMING – Medicaid</b>
Sitio web: <a href="http://gethipptexas.com/">http://gethipptexas.com/</a> Teléfono: 1-800-440-0493	Sitio web: <a href="https://health.wyo.gov/healthcarefin/medicaid/programs-and-eligibility/">https://health.wyo.gov/healthcarefin/medicaid/programs-and-eligibility/</a> Teléfono: 1-800-251-1269

Para ver si algún otro estado ha agregado un programa de asistencia premium desde el 31 de julio de 2020, o para obtener más información sobre los derechos especiales de inscripción, comuníquese con:

**Administración de Seguridad de Beneficios para**  
Empleados del Departamento de Trabajo de los Ee. UU.  
[www.dol.gov/agencies/ebsa](http://www.dol.gov/agencies/ebsa)  
1-866-444-EBSA (3272)

**U.S. Department of Health and Human Services**  
Centers for Medicare & Medicaid Services  
[www.cms.hhs.gov](http://www.cms.hhs.gov)  
1-877-267-2323, Menu Option 4, Ext. 61565

# Aviso de intercambio de seguros de salud

## Nuevas opciones de cobertura del mercado de seguros médicos y su cobertura de salud

### **PARTE A: Información general**

Cuando partes clave de la ley de atención médica entren en vigor en 2014, habrá una nueva forma de comprar seguro médico: The Health Insurance Marketplace. Para ayudarle a evaluar las opciones para usted y su familia, este aviso proporciona información básica sobre el nuevo Mercado y la cobertura de salud basada en el empleo ofrecida por su empleador.

#### **¿Qué es el Mercado de Seguros Médicos?**

El Mercado está diseñado para ayudarle a encontrar un seguro médico que satisfaga sus necesidades y se adapte a su presupuesto. El Mercado ofrece "compras integrales" para encontrar y comparar opciones de seguro médico privado. También puede ser elegible para un nuevo tipo de crédito tributario que reduce su prima mensual de inmediato. La inscripción abierta para la cobertura de seguro médico a través del Mercado comienza en octubre de 2013 para la cobertura a partir del 1 de enero de 2014.

#### **¿Puedo ahorrar dinero en mis primas de seguro médico en el mercado?**

Usted puede calificar para ahorrar dinero y bajar su prima mensual, pero solo si su empleador no ofrece cobertura, u ofrece cobertura que no cumple con ciertos estándares. Los ahorros de su prima para los que usted es elegible dependen de los ingresos de su hogar.

#### **¿Afecta la cobertura de salud del empleador la elegibilidad para los ahorros de primas a través del Mercado?**

Sí. Si usted tiene una oferta de cobertura de salud de su empleador que cumple con ciertos estándares, usted no será elegible para un crédito tributario a través del Mercado y puede desear inscribirse en el plan de salud de su empleador. Sin embargo, usted puede ser elegible para un crédito tributario que reduzca su prima mensual, o una reducción en ciertos costos compartidos si su empleador no le ofrece cobertura en absoluto o no ofrece cobertura que cumpla con ciertos estándares. Si el costo de un plan de su empleador que lo cubriría (y no a ningún otro miembro de su familia) es más del 9.5% de los ingresos de su hogar para el año, o si la cobertura que su empleador proporciona no cumple con el estándar de "valor mínimo" establecido por la Ley de Cuidado de Salud Asequible, usted puede ser elegible para un crédito tributario.

**Nota:** Si usted compra un plan de salud a través del Mercado en lugar de aceptar la cobertura de salud ofrecida por su empleador, entonces puede perder la contribución del empleador (si la hay) a la cobertura ofrecida por el empleador. Además, esta contribución del empleador -así como su contribución de los empleados a la cobertura ofrecida por el empleador- a menudo se excluye de los ingresos con fines federales y estatales del impuesto sobre la renta. Sus pagos por cobertura a través del Mercado se realizan después de impuestos.

#### **¿Cómo puedo obtener más información?**

Para obtener más información sobre su cobertura ofrecida por su empleador, consulte la descripción de su plan de resumen o póngase en contacto con:

Amy's Benefits Help Desk  
1650 Corporate Circle, Suite 100  
Petaluma, California 94954  
(707) 787-1597  
[benefitshelp@amys.com](mailto:benefitshelp@amys.com)

El Mercado puede ayudarle a evaluar sus opciones de cobertura, incluida su elegibilidad para la cobertura a través del Mercado y su costo. Visite [HealthCare.gov](http://HealthCare.gov) para obtener más información, incluida una solicitud en línea de cobertura de seguro médico e información de contacto para un mercado de seguros médicos en su área.

### **PARTE B: Información sobre la cobertura de salud ofrecida por su empleador**

Esta sección contiene información sobre cualquier cobertura de salud ofrecida por su empleador. Si decide completar una solicitud de cobertura en el Mercado, se le pedirá que proporcione esta información. Esta información está numerada para corresponder a la aplicación de Marketplace.

3. Nombre del empleador Amy's Kitchen, Inc.	4. Número de identificación del empleador (EIN) 68-0154899	
5. Dirección del empleador 1650 Corporate Circle, Suite 100	6. Número de teléfono del empleador (707) 721-6600	
7. Ciudad Petaluma	8. Estado California	9. ZIP código 94954
10. ¿Con quién podemos contactar sobre la cobertura de salud de los empleados en este trabajo? Carme Lewis		
11. Número de teléfono (707) 787-1597	12. Dirección de correo electrónico carne.lewis@amys.com	

Aquí está cierta información básica sobre la cobertura de salud ofrecida por este empleador:

- Como su empleador, ofrecemos un plan de salud para:
  - Algunos empleados. Los empleados elegibles son:  
Todos los empleados activos de Amy's Kitchen, trabajando un promedio de 24 o más horas por semana
- Con respecto a los dependientes:
  - Ofrecemos cobertura. Los dependientes elegibles son: Cónyuge Hijos de pareja doméstica a mayores de 26 años, que fue cubierto bajo el plan antes de cumplir 26 años, que son incapaces de autosuficiencia debido a una discapacidad física o mental

Si se comprueba, esta cobertura cumple con el estándar de valor mínimo, y el costo de esta cobertura para usted está destinado a ser asequible, basado en los salarios de los empleados.

Nota: Incluso si su empleador tiene la intención de que su cobertura sea asequible, usted todavía puede ser elegible para un descuento de prima a través del Mercado. El Mercado utilizará sus ingresos familiares, junto con otros factores, para determinar si usted puede ser elegible para un descuento de prima. Si, por ejemplo, sus salarios varían de una semana a otra (tal vez usted es un empleado por hora o trabaja en una base de comisión), si está recién empleado a mediados de año, o si tiene otras pérdidas de ingresos, todavía puede calificar para un descuento de prima.

## Aviso de cobertura acreditable de la Parte D de Medicare

---

Aviso importante de Amy's Kitchen, Inc. Acerca de su cobertura de medicamentos recetados y Medicare

Por favor, lea este aviso cuidadosamente y manténgalo donde pueda encontrarlo. Este aviso tiene información sobre su cobertura actual de medicamentos recetados con Amy's Kitchen, Inc. y sobre sus opciones bajo la cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Esta información puede ayudarlo a decidir si desea unirse o no a un plan de medicamentos de Medicare. Si está considerando unirse, debe comparar su cobertura actual, incluyendo qué medicamentos están cubiertos a qué costo, con la cobertura y los costos de los planes que ofrecen cobertura de medicamentos recetados de Medicare en su área. La información sobre dónde puede obtener ayuda para tomar decisiones sobre su cobertura de medicamentos recetados está al final de este aviso.

Hay dos cosas importantes que necesita saber acerca de su cobertura actual y la cobertura de medicamentos recetados de Medicare:

1. La cobertura de medicamentos recetados de Medicare estuvo disponible en 2006 para todas las personas con Medicare. Puede obtener esta cobertura si se une a un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare o se une a un Plan Medicare Advantage (como un HMO o PPO) que ofrece cobertura de medicamentos recetados. Todos los planes de medicamentos de Medicare proporcionan al menos un nivel estándar de cobertura establecido por Medicare. Algunos planes también pueden ofrecer más cobertura para una prima mensual más alta.
2. Amy's Kitchen, Inc. ha determinado que la cobertura de medicamentos recetados ofrecida por el Amy's Kitchen, Inc. Employee Benefit Plan es, en promedio para todos los participantes del plan, se espera que pague tanto como la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare paga y por lo tanto se considera cobertura acreditable. Debido a que su cobertura existente es Cobertura Acreditable, puede mantener esta cobertura y no pagar una prima más alta (una multa) si más tarde decide unirse a un plan de medicamentos de Medicare.

¿Cuándo puede unirse a un plan de medicamentos de Medicare?

Puede unirse a un plan de medicamentos de Medicare cuando sea elegible por primera vez para Medicare y cada año del 15 de octubre al 7 de diciembre.

Sin embargo, si pierde su cobertura actual de medicamentos recetados acreditables, sin culpa propia, también será elegible para un Período de Inscripción Especial (SEP) de dos (2) meses para unirse a un plan de medicamentos de Medicare.

¿Qué sucede con su cobertura actual si decide unirse a un plan de medicamentos de Medicare?

Si decide unirse a un plan de medicamentos de Medicare, su cobertura actual de Amy's Kitchen, Inc. se verá afectada. Los participantes del plan pueden mantener su cobertura de medicamentos recetados bajo el plan de salud grupal si seleccionan la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D de Medicare. Si seleccionan la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D de Medicare, la cobertura de medicamentos recetados del plan de salud grupal se coordinará con la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D de Medicare.

Si decide unirse a un plan de medicamentos de Medicare y retirar su cobertura actual de Amy's Kitchen, Inc., tenga en cuenta que usted y sus dependientes podrán recuperar esta cobertura.

¿Cuándo pagará una prima más alta (penalización) para unirse a un plan de medicamentos de Medicare?

También debe saber que si deja o pierde su cobertura actual con Amy's Kitchen, Inc. y no se une a un plan de medicamentos de Medicare dentro de los 63 días continuos después de que termine su cobertura actual, puede pagar una prima más alta (una multa) para unirse a un plan de medicamentos de Medicare más adelante.

Si usted va 63 días continuos o más sin cobertura de medicamentos recetados acreditables, su prima mensual puede aumentar en al menos un 1% de la prima de beneficiario base de Medicare por mes por cada mes que no tenía esa cobertura. Por ejemplo, si pasa diecinueve meses sin cobertura acreditable, su prima puede ser consistentemente al menos un 19% más alta que la prima del beneficiario base de Medicare. Es posible que tenga que pagar esta prima más alta (una multa) siempre y cuando tenga cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Además, es posible que tenga que esperar hasta el próximo mes de octubre para unirse.

Para obtener más información acerca de este aviso o su cobertura actual de medicamentos recetados

Póngase en contacto con la persona que aparece a continuación para obtener más información llame a Carme Lewis al (707) 781-7625.

NOTA: Recibirás este aviso cada año. También lo obtendrá antes del próximo período, puede unirse a un plan de medicamentos de Medicare, y si esta cobertura a través de Amy's Kitchen, Inc. cambios. También puede solicitar una copia de este aviso en cualquier momento.

Para obtener más información acerca de sus opciones bajo cobertura de medicamentos recetados de Medicare Información más detallada sobre los planes de Medicare que ofrecen cobertura de medicamentos recetados está en el manual "Medicare & Usted". Recibirá una copia del manual por correo cada año de Medicare. También puede ser contactado directamente por los planes de medicamentos de Medicare.

Para obtener más información acerca de la cobertura de medicamentos recetados de Medicare:

- Visita [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov)
- Llame a su Programa estatal de asistencia de seguro médico (consulte la contraportada interna de su copia del manual "Medicare & Usted" para su número de teléfono) para obtener ayuda personalizada
- Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Si tiene ingresos y recursos limitados, hay disponible ayuda adicional para pagar la cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Para obtener información sobre esta ayuda adicional, visite el Seguro Social en la web en [www.socialsecurity.gov](http://www.socialsecurity.gov), o llámelos al 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778).

**Recuerde: Mantenga este aviso de cobertura acreditable. Si decide unirse a uno de los planes de medicamentos de Medicare, es posible que deba proporcionar una copia de este aviso cuando se una para mostrar si ha mantenido o no una cobertura acreditable y, por lo tanto, si está obligado o no a pagar una prima más alta (una multa).**

Fecha: 1/1/2022  
Nombre de Entity/Sender: Amy's Kitchen, Inc.  
Contacto--Posición/Office: Administrador del plan  
Dirección: 1650 Corporate Circle, Suite 100, Petaluma, California 94954  
Número de teléfono: (707) 787-1597

## Aviso de prácticas de privacidad

---

Amy's Kitchen, Inc.  
1650 Corporate Circle, Suite 100 Petaluma, CA 94954  
(707) 787-1597  
[benefits.filice.com/amys](http://benefits.filice.com/amys)

### Oficial de privacidad:

Carme Lewis  
1650 Corporate Circle, Suite 100 Petaluma, CA 94954  
(707) 781-7625  
[carme.lewis@amys.com](mailto:carme.lewis@amys.com)

Fecha de entrada en vigor: 01/01/2022

Su información. Sus derechos. Nuestras responsabilidades.

Este aviso describe cómo se puede usar y divulgar información médica sobre usted y cómo puede obtener acceso a esta información.

**Por favor, revise cuidadosamente.**

Sus derechos

Usted tiene derecho a:

- Obtenga una copia de sus registros de salud y reclamaciones;

- Corrija sus registros de salud y reclamaciones;
- Solicitar comunicación confidencial;
- Pídenos que limitemos la información que compartimos;
- Obtenga una lista de aquellos con quienes hemos compartido su información;
- Obtenga una copia de este aviso de privacidad;
- Elige a alguien que actúe por ti; Y
- Presente una queja si cree que sus derechos de privacidad han sido violados.

#### Sus elecciones

Usted tiene algunas opciones en la forma en que usamos y compartimos información a medida que:

- Responder preguntas de cobertura de su familia y amigos;
- Proporcionar ayuda en caso de desastre; Y
- Comercializó nuestros servicios y vende su información.

#### Nuestros usos y divulgaciones

Podemos usar y compartir su información a medida que:

- Ayude a administrar el tratamiento de atención médica que recibe;
- Dirigir nuestra organización;
- Pague por sus servicios de salud;
- Administre su plan de salud;
- Ayuda con problemas de salud pública y seguridad;
- Investigar;
- Cumplir con la ley;
- Responder a las solicitudes de donación de órganos y tejidos y trabajar con un médico forense o director funerario;
- Abordar la compensación de los trabajadores, la aplicación de la ley y otras solicitudes gubernamentales; Y
- Responder a demandas y acciones legales.

#### Sus derechos

**Cuando se trata de su información de salud, usted tiene ciertos derechos.** Esta sección explica sus derechos y algunas de nuestras responsabilidades para ayudarle.

#### **Obtenga una copia de los registros de salud y reclamaciones**

- Puede solicitar ver u obtener una copia de sus registros de salud y reclamaciones y otra información de salud que tengamos sobre usted. Pregúntanos cómo hacer esto.
- Proporcionaremos una copia o un resumen de sus registros de salud y reclamaciones, generalmente dentro de los 30 días posteriores a su solicitud. Podemos cobrar una tarifa razonable basada en los costos.

#### **Pídenos que corrijamos los registros de salud y reclamaciones**

- Puede solicitarnos que corrijamos sus registros de salud y reclamaciones si cree que son incorrectos o incompletos. Pregúntanos cómo hacer esto.
- Podemos decir "no" a su solicitud, pero le diremos por escrito dentro de los 60 días.

#### **Solicitar comunicaciones confidenciales**

- Puede solicitarnos que nos comuniquemos con usted de una manera específica (por ejemplo, teléfono de casa u oficina) o que le enviemos correo a una dirección diferente.
- Consideraremos todas las solicitudes razonables, y debemos decir "sí" si nos dice que estaría en peligro si no lo hacemos.

#### **Pídenos que limitemos lo que usamos o compartimos**

- Puede solicitarnos que no usemos ni compartamos cierta información médica para el tratamiento, el pago o nuestras operaciones.

- No estamos obligados a aceptar su solicitud, y podemos decir "no" si afectaría su atención.

### **Obtener una lista de aquellos con los que hemos compartido información**

- Puede solicitar una lista (contabilidad) de las veces que hemos compartido su información de salud durante seis años antes de la fecha en que pregunta, con quién la compartimos y por qué.
- Incluiremos todas las divulgaciones excepto las relacionadas con el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica, y ciertas otras divulgaciones (como cualquier otra que nos haya pedido que hagamos). Proporcionaremos una contabilidad al año de forma gratuita, pero cobraremos una tarifa razonable basada en los costos si solicita otra dentro de los 12 meses.

### **Obtenga una copia de este aviso de privacidad**

Puede solicitar una copia en papel de este aviso en cualquier momento, incluso si ha aceptado recibir el aviso electrónicamente. Le proporcionaremos una copia en papel de inmediato.

### **Elige a alguien que actúe por ti**

- Si usted le ha dado a alguien poder médico o si alguien es su tutor legal, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información médica.
- Nos aseguraremos de que la persona tenga esta autoridad y pueda actuar por usted antes de tomar cualquier acción.

### **Presentar una queja si siente que sus derechos son violados**

Puede quejarse si siente que hemos violado sus derechos poniéndose en contacto con nosotros en:

Carme Lewis  
1650 Corporate Circle, Suite 100 Petaluma, CA 94954  
(707) 781-7625  
[carme.lewis@amys.com](mailto:carme.lewis@amys.com)

- Puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos enviando una carta a 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, llamando al 1-877-696-6775, o visitando [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/).
- No tomaremos represalias en su contra por presentar una queja.

Sus elecciones

**Para cierta información de salud, puede decirnos sus opciones sobre lo que compartimos.** Si tiene una clara preferencia por cómo compartimos su información en las situaciones descritas a continuación, hable con nosotros. Dinos lo que quieres que hagamos, y seguiremos tus instrucciones.

En estos casos, usted tiene el derecho y la opción de decirnos que:

- Comparta información con su familia, amigos cercanos u otras personas involucradas en el pago de su atención
- Compartir información en una situación de socorro en caso de desastre

*Si no puede decirnos su preferencia, por ejemplo, si está inconsciente, podemos seguir adelante y compartir su información si creemos que es en su mejor interés. También podemos compartir su información cuando sea necesario para disminuir una amenaza seria e inminente para la salud o la seguridad.*

En estos casos *nunca* compartimos su información a menos que nos dé permiso por escrito:

- Fines de marketing
- Venta de su información

Nuestros usos y divulgaciones

### **¿Cómo usamos o compartimos normalmente su información médica?**

Normalmente usamos o compartimos su información de salud de las siguientes maneras.

#### **Ayude a administrar el tratamiento de atención médica que recibe**

Podemos usar su información de salud y compartirla con profesionales que lo están tratando.

*Ejemplo: Un médico nos envía información sobre su plan de diagnóstico y tratamiento para que podamos organizar servicios adicionales.*

#### **Dirige nuestra organización**

- Podemos usar y compartir su información para ejecutar nuestra organización y ponernos en contacto con usted cuando sea necesario.
- No se nos permite usar información genética para decidir si le daremos cobertura y el precio de esa cobertura. Esto no se aplica a los planes de cuidado a largo plazo.

*Ejemplo: Utilizamos información de salud sobre usted para desarrollar mejores servicios para usted.*

#### **Pague por sus servicios de salud**

Podemos usar y divulgar su información médica mientras pagamos por sus servicios de salud.

*Ejemplo: Compartimos información sobre usted con su plan dental para coordinar el pago de su trabajo dental.*

#### **Administrar su plan**

Podemos divulgar su información médica a su patrocinador del plan de salud para la administración del plan.

*Ejemplo: Su empresa contrata con nosotros para proporcionar un plan de salud, y proporcionamos a su empresa ciertas estadísticas para explicar las primas que cobramos.*

### **¿De qué otra manera podemos usar o compartir su información médica?**

Se nos permite o se nos requiere compartir su información de otras maneras, por lo general de maneras que contribuyen al bien público, como la salud pública y la investigación. Tenemos que cumplir con muchas condiciones en la ley antes de poder compartir su información para estos fines. Para obtener más información, consulte:

[www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html).

#### **Ayuda con problemas de salud pública y seguridad**

Podemos compartir información de salud sobre usted para ciertas situaciones tales como:

- Prevención de enfermedades
- Ayudar con la retirada de productos
- Notificar reacciones adversas a los medicamentos
- Denunciar presuntos abusos, negligencias o violencia doméstica
- Prevenir o reducir una amenaza grave para la salud o la seguridad de cualquier persona

#### **Investigar**

Podemos usar o compartir su información para la investigación de la salud.

#### **Cumplir con la ley**

Compartiremos información sobre usted si las leyes estatales o federales lo requieren, incluso con el Departamento de Salud y Servicios Humanos si quiere ver que estamos cumpliendo con la ley federal de privacidad.

#### **Responder a las solicitudes de donación de órganos y tejidos y trabajar con un médico forense o director funerario**

- Podemos compartir información de salud sobre usted con organizaciones de adquisición de órganos.
- Podemos compartir información médica con un forense, un médico forense o un director funerario cuando una persona muere.

### **Abordar la compensación de los trabajadores, la aplicación de la ley y otras peticiones del gobierno**

Podemos usar o compartir información de salud sobre usted:

- Para reclamaciones de compensación de trabajadores
- A efectos de aplicación de la ley o con un funcionario encargado de hacer cumplir la ley
- Con agencias de supervisión de la salud para actividades autorizadas por la ley
- Para funciones gubernamentales especiales como militares, seguridad nacional y servicios de protección presidencial

### **Responder a demandas y acciones legales**

Podemos compartir información médica sobre usted en respuesta a una orden judicial o administrativa, o en respuesta a una citación.

### **Nuestras responsabilidades**

- Estamos obligados por ley a mantener la privacidad y seguridad de su información médica protegida.
- Le informaremos rápidamente si se produce una infracción que puede haber comprometido la privacidad o seguridad de su información.
- Debemos seguir las tareas y prácticas de privacidad descritas en este aviso y darle una copia del mismo.
- No usaremos ni compartiremos su información que no sea como se describe aquí a menos que nos diga que podemos por escrito. Si nos dice que podemos, puede cambiar de opinión en cualquier momento. Háganoslo saber por escrito si cambia de opinión.

Para obtener más información, consulte: [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html).

### **Cambios en los Términos de este Aviso**

Podemos cambiar los términos de este aviso, y los cambios se aplicarán a toda la información que tengamos sobre usted. El nuevo aviso estará disponible bajo petición, en nuestro sitio web, y le enviaremos una copia por correo.

## **PLAN DE BIENESTAR**

Su empleador está comprometido a ayudarle a lograr su mejor salud. Por lo tanto, hemos instituido un plan de bienestar para mejorar y promover su salud y condición física. La finalización de algunos de los programas en el plan de bienestar puede resultar en recompensas, tales como una reducción en los costos de contribución del plan de salud para usted y, si participa en el programa de bienestar, para su cónyuge.

Si crees que es posible que no puedas cumplir con un estándar para una recompensa bajo un programa de bienestar en particular, podrías calificar para una oportunidad de ganar la misma recompensa por diferentes medios. Comuníquese con el Administrador del Plan al (707) 781-7625 y trabajaremos con usted (y, si lo desea, con su médico) para encontrar un programa de bienestar con la misma recompensa que sea adecuada para usted.

Para obtener más información sobre el plan de bienestar, póngase en contacto con el Administrador del Plan o consulte los documentos de componentes de su plan de beneficios. A continuación se muestra una descripción del plan de bienestar (también conocido como "programa de bienestar") ofrecido a través de Amy's Kitchen.

Programa Anual de Bienestar de Exámenes Preventivos – Amy's Kitchen ofrece un incentivo financiero significativo para participar en el Programa de Bienestar saludable de la empresa ("bienestar programa"). Los empleados, cónyuges y parejas domésticas cubiertos por el Plan de Acceso Abierto de Amy's son elegibles para participar. Entre el 1 de diciembre y el 30 de noviembre, un examen físico anual con panel sanguíneo metabólico básico y presentar una declaración jurada completa antes del 30 de noviembre a HMA recibirá crédito deducible completo para su plan médico deducible para el siguiente año del plan.

- Los empleados inscritos en la cobertura solo para empleados que completen el programa de bienestar son elegibles para recibir \$1,500 en crédito deducible.
- Los empleados inscritos en la cobertura de Empleado + Niño(s) en quienes completen el programa de bienestar son elegibles para recibir \$3,000 en crédito deducible.
- Los empleados inscritos en la cobertura del Empleado + Cónyuge/Cónyuge o Empleado + Familia que completen el programa de bienestar son elegibles para recibir crédito deducible de \$1,500, y los cónyuges o parejas domésticas inscritos en la cobertura del Empleado + Cónyuge/Cónyuge/Cónyuge o Empleado + Familia que completan el programa de bienestar son elegibles para recibir \$1,500 en crédito deducible por un total de \$3,000 en crédito deducible.

Los empleados inicialmente elegibles para beneficios a partir del 1 de septiembre recibirán automáticamente crédito deducible completo para el año del plan inmediatamente siguiente, pero tendrán que participar en el programa de bienestar que comienza inmediatamente después de su fecha de elegibilidad para que los beneficios reciban crédito deducible para el año del plan asociado.

**\*El examen de atención preventiva es solo un formulario de declaración jurada. No se recopila información personal sobre la salud para determinar la participación o los incentivos del programa de bienestar.**

