

# Resumen de Modificaciones Temporarias Materiales #1 al Plan del Centro de Salud Familiar de Amy's Kitchen, Inc.

**Este Resumen de Modificaciones Materiales ("SMM") modifica parte de la información contenida en la Descripción del Plan de Resumen ("SPD") para el Plan de Beneficios para Empleados (el "Plan"). Nota: En caso de cualquier discrepancia entre este SMM y el SPD, las disposiciones de este SMM regirán.**

Modificación(es)

## **1. SECCION, DESCRIPCION DE RESUMEN DEL PLAN; se modifica para añadir lo siguiente:**

### **COVID-19 (Novel Coronavirus)**

**Este es un cambio temporario efectivo solo hasta los sesenta (60) días después del anuncio del fin de la Emergencia Nacional.**

En respuesta a la pandemia de Novel Coronavirus (COVID-19), bajo la autoridad del artículo 518 de la Ley de Seguridad de Ingresos de Jubilación de Empleados de 1974 (ERISA) y la sección 7508A(b) del Código de Ingresos Internos de 1986 (el código) han anunciado la extensión de ciertos requisitos de notificación y divulgación que afectan a los planes de beneficios para empleados. De conformidad con la Regla Final, todos los planes de salud grupales deben ignorar el periodo del 1 de marzo de 2020 hasta los sesenta (60) días posteriores del anunciado del fin de la Emergencia Nacional o de cualquier otra fecha anunciada por las Agencias en una notificación adicional ("Período de brote") para todas las personas cubiertas, beneficiarios, beneficiarios calificados o reclamantes, al determinar los siguientes períodos:

- El período de treinta (30) días (o sesenta (60) días, si corresponde para solicitar inscripción especial bajo ERISA;
- El período de elección de sesenta (60) días para la continuación de la cobertura de COBRA;
- La fecha para realizar pagos de COBRA;
- La fecha para que las personas notifiquen el plan de un Evento Calificador o determinación de discapacidad;
- La fecha en que las personas pueden presentar una reclamación de beneficios bajo el Procedimiento de Reclamaciones del Plan;
- La fecha en que las personas cubiertas pueden presentar apelaciones de una determinación adversa de beneficios bajo el Procedimiento de Reclamaciones del Plan;
- La fecha en que las personas cubiertas pueden presentar una solicitud de revisión externa después de recibir una determinación adversa de beneficios o determinación adversa definitiva de beneficios; Y
- La fecha en la que una Persona Cubierta puede presentar información para perfeccionar una solicitud de Revisión Externa al constatar que la solicitud no fue completa.

### **Todas las demás secciones del Plan permanecen sin cambios.**

Yo, Carme Lewis, otorgo que soy el agente autorizado del Administrador del Plan nombrado en este documento e yo soy autorizada a firmar esta modificación al Plan. Yo he leído y estoy de acuerdo con el cambio anterior en el Plan e yo autorizo la implementación a partir de la fecha de vigor nombrada en este documento.

Firma: *Carme Lewis*

Nombre: Carme Lewis

Fecha: 1 de enero, 2021

Si tiene preguntas sobre estos cambios, comuníquese con su Administrador del Plan al (707) 781-7625.

Traducción del Resumen de las Modificaciones Materiales Temporarias #1: Este documento es la versión traducida del documento original, Summary of Temporary Material Modifications #1. Si hay alguna discrepancia o diferencia entre los términos en esta versión y el documento original, el documento original es el documento que controla.



AMY'S KITCHEN, INC.

EL CENTRO DE SALUD FAMILIAR DE AMY'S

DOCUMENTO DEL PLAN Y LA

DESCRIPCIÓN RESUMIDA DEL PLAN

# TABLA DE CONTENIDOS

INTRODUCCION.....	1
LOCACIONES DE LOS CENTROS DE SALUD FAMILIAR.....	1
ELIGIBILIDAD.....	2
TERMINACION DE COBERTURA.....	3
BENEFICIOS Y SERVICIOS PROPORCIONADOS .....	4
ACCESAR SERVICIOS.....	5
SU COSTO DE SERVICIOS EN LOS CENTROS DE SALUD FAMILIAR.....	5
PREGUNTAS .....	6
ADMINISTRACION DEL PLAN .....	6
NOTICIAS ADICIONALES DE SALUD .....	7
A. LEY DE AUSENCIA FAMILIAR Y MEDICA 1993 (FMLA) .....	7
B. ORDENES CALIFICADAS DE MANUTENCION MEDICA INFANTIL.....	7
C. DISCRIMINACION POR INFORMACION GENETICA DEL 2008 (GINA) .....	7
D. AVISO DE DISPONIBILIDAD DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD .....	7
CONTINUACION DE COBERTURA .....	7
A. Eventos Calificativos.....	8
B. Requisitos de Aviso .....	8
C. Extensión de Cobertura de Continuación .....	9
D. Terminación de Continuación .....	10
E. Reglas Especiales Acerca de Avisos y Movilización Militaría (USERRA) .....	11
RECLAMACIONES Y APELACIONES .....	9
A. PARA RESOLVER UN PROBLEMA.....	12
B. CUANDO PUEDE UNO HACER UN RECLAMO DE SALUD.....	12
C. CUANTO TIEMPO DURA UNA DECISION DE UN RECLAMO.....	13
D. QUE PASA SI SU RECLAMO ES DETENIDO .....	13
E. SU DERECHO A APELACIONES.....	13
F. TIEMPO DE NOTIFICACIÓN DE LA DETERMINACIÓN DE BENEFICIOS SOBRE LA REVISIÓN.....	13
G. REVISIO Y DECISION .....	13
REVISIO DE INFORMACION DEL PLAN .....	14-15
DECLARACIÓN DE DERECHOS DE ERISA.....	16-17
A. COMO RECIBIR INFORMACION SOBRE SU PLAN DE BENEFICIOS.....	16
B. CONTINUAR COBERTURA DE GRUPO DE SALUD.....	16
C. REDUCCIÓN O ELIMINACIÓN DE LOS PERIODOS DE EXCLUSIÓN .....	16
D. ACCIONES PRUDENTES POR LOS FIDUCIARIOS DEL PLAN.....	16
E. CUMPLIR SUS DERECHOS .....	17
F. ASISTENCIA CONSUS PREGUNTAS .....	17
DECLARACIÓN DE ADOPCIÓN .....	18

**Traducción del Resumen del este documento:**

Este documento es la versión traducida del documento original, **AMY’S KITCHEN FAMILY HEALTH CENTERS PLAN DOCUMENT AND SUMMARY PLAN DESCRIPTION**. Si hay alguna discrepancia o diferencia entre los términos en esta versión y el documento original, el documento original es el documento que contro

Efectivo: 1 de enero, 2012

Actualizado: 1 de enero, 2021

## Introducción

El mantenimiento de su salud y la salud de su familia es una prioridad importante para Amy's Kitchen, Inc. Para ayudar a mejorar su salud y bienestar, hemos diseñado Los Centros de Salud Familiar de la Amy's exclusivamente para los empleados de Amy's Kitchen, Inc. y sus familias. Nuestra meta es hacer más fácil el acceso a atención médica, al ofrecerle conveniente, asistencia asequible a la derecha en su lugar de trabajo.

Los Centros de Salud Familiar de Amy's se encuentran cerca de nuestras plantas y están diseñados para que proporcione a usted y a sus familiares calificativos atención médica de alta calidad y asequible y cómodo, con un enfoque en el bienestar.

Los Centros de Salud Familiar de Amy's:

- Son diseñados para ser su principal fuente de atención de salud para el tratamiento de usted cuando usted está enfermo, y, más importante, para mantenerlo así;
- Proporcionan acceso a personal médico con licencia y personal de apoyo médico con capacidades bilingües (inglés / español);
- Generalmente disponibles con medicamentos iniciales (por ejemplo, antibióticos o medicamentos anti- inflamatorios).

Los Centros de Salud Familiar de la Amy's pueden proporcionar servicios adicionales a los que son cubiertos bajo el plan médico de Amy's. Este documento es el Resumen de la Descripción del Plan Los Centros de Salud Familiar de Amy's y el Documento de Plan. En él se describen las características básicas de Los Centros de Salud Familiar de Amy's y la forma en que operan.

Cuando las palabras "usted" o "su" se usan en este documento, es una referencia a los empleados elegibles de Amy's Kitchen, Inc.

## Locaciones de Los Centros de Salud Familiar de Amy's

---

<b>Santa Rosa, CA</b> 2220 Northpoint Parkway Santa Rosa, CA 95407 Teléfono: 707-526-3180 Lunes a Jueves: 8:00am – 5:00pm Viernes: 9:00am-6:00pm Email: amyssantarosa@verawholehealth.com	<b>White City, OR</b> 393 W. Antelope Road White City, OR 97503 Teléfono:541-600-4610 Lunes a Jueves: 7:00am – 6:00pm Viernes: 9:00am – 6:00pm Email: amysmedford@verawholehealth.com	<b>Pocatello, ID</b> 219 Phil Meador Ave. Pocatello, ID 83202 Teléfono: 208-810-4715 Lunes y Miércoles: 9:00am – 6:00pm Martes y Viernes: 7:00am-3:00pm Jueves: 9:00am – 5:30am amyspocatello@verawholehealth.com
---	---	--

---

\* Los empleados serán notificados si hubiera un cambio de hora de Los Centros de Salud Familiar de Amy's.

---

## Elegibilidad

### **Elegibilidad Para Empleados**

Todos los empleados de tiempo completo o tiempo medio de Amy's Kitchen, Inc. (Amy's) son elegibles para participar en el Centro de Salud Familiar de Amy's Kitchen a partir de su fecha de contratación. Empleados serán proporcionados con las materias e información adecuadas para participar en el Centro de Salud.

### **Elegibilidad Para Dependientes**

Empleados pueden inscribir sus familiares elegibles (dependientes). Los dependientes elegibles serán definidos de acuerdo con lo siguiente:

- Su cónyuge legal o pareja domestica
- Sus hijos hasta la edad de 26

Refiérase a la sección nombrada Definición de un Dependiente Elegible para una descripción acerca de cuales familiares son elegibles. Si un empleado está inscrito en un plan médico, todos sus dependientes elegibles pueden ser inscritos en el Centro de Salud. Los dependientes no necesitan de tener seguro para acceder servicios en el Centro de Salud. Documentación es requerida para comprobar la relación al empleado.

### **Definición de un Dependiente Elegible**

Un "dependiente elegible" incluye a las siguientes personas:

Existe un "cónyuge" quién es su cónyuge bajo un matrimonio existente legalmente válido, a menos que el tribunal ordenó la separación.

Una "pareja de hecho", del mismo o diferente género, y que cumpla con los siguientes requisitos:

- usted y su pareja de hecho debe ser por lo menos dieciocho (18) años de edad y competente para entrar en un contrato;
- ni usted ni su pareja de hecho legalmente casado o la pareja de hecho de otra persona;
- ni usted ni su pareja de hecho está legalmente separado de otra persona;
- ni usted ni su pareja de hecho está relacionado de ninguna manera que prohibiría el matrimonio en el estado de las operaciones de Amy's Kitchen, Inc. 's;
- usted y su pareja de hecho ha permitido que por lo menos seis (6) meses para pasar desde la terminación de cualquier pareja de hecho anterior (esto no se aplica si la pareja de hecho anterior terminó debido a la muerte de la pareja de hecho); y
- Usted y su pareja comparten doméstica una residencia permanente.

Usted debe proporcionar una Declaración Jurada de Sociedad Doméstica para establecer la elegibilidad de una pareja de hecho. También debe proporcionar una Declaración Jurada de Sociedad Doméstica terminación cuando su pareja de hecho termina. Usted debe contactar a Amy's Kitchen, Inc., por la documentación requerida.

Un "niño" que es suyo o de su cónyuge cubierto / pareja doméstica hijo natural, hijastro, hijo adoptado legalmente, niño dado en adopción, hijo de crianza, y un niño para el que usted, el cónyuge cubierto o pareja de hecho ha sido nombrado tutor legal o poder notarial para gastos médicos, siempre que el niño tiene menos de veintiséis (26) años de edad.

Un niño elegible también incluye cualquier otro niño de usted o su pareja cónyuge / doméstica que se reconoce en un Orden Calificada de Soporte Médico de los Hijos (QMCSO) o Notificación Nacional de Manutención Médica (NMSN), que ha sido emitida por cualquier sentencia judicial, decreto, o ordenar con derecho a la inscripción para la cobertura. Amy's Kitchen, Inc. ha establecido procedimientos escritos para determinar si una orden médica de manutención infantil es una QMCSO o NMSN y para la administración de la provisión de prestaciones en virtud de los planes de salud de Amy's Kitchen, Inc. 's en virtud de una QMCSO válida o NMSN.

En un plazo razonable después de la recepción de una orden médica de manutención de menores, de Amy's Kitchen, Inc. determinará si una orden es una QMCSO, tal como se define en la Sección 609 de la ley ERISA, o una NMSN, tal como se define en la Sección 401 del rendimiento para los Niños y Ley de Incentivos de 1998.

Amy's Kitchen, Inc. se reserva el derecho, se puede renunciar a su discreción, solicitar aclaraciones con respecto a la orden de la corte o agencia administrativa que emitió la orden, hasta e incluyendo el derecho a pedir una audiencia ante la corte o agencia.

Un hijo dependiente que estaba cubierto bajo el Plan antes de alcanzar el límite de edad máximo de veintiséis (26) años y que vive con usted, es soltero, incapaz de empleo autosuficiente y depende de usted para la ayuda debido a una discapacidad mental y / o discapacidad física, seguirá siendo elegible para la cobertura bajo este Plan más allá de la cobertura de la fecha de otra manera terminaría.

Prueba de incapacitación debe ser proporcionada dentro de los treinta y un (31) días después de la pérdida del niño de elegibilidad y, posteriormente, a petición de Amy's Kitchen, Inc., pero no más de una vez cada dos (2) años. La elegibilidad no se puede continuar más allá de la primera de las siguientes:

- cese de la discapacidad mental y / o física;
- Falla de la obligación de suministrar las pruebas requeridas sobre la discapacidad mental y / o física, o someterse a cualquier examen requerido.

## **Terminación de Cobertura**

Sujeto a los derechos de continuación bajo COBRA, la cobertura bajo el Plan termina automáticamente en la primera de las siguientes fechas:

### **1. Cobertura del Empleado**

- la fecha de Amy's Kitchen, Inc. finaliza el Plan;
- la fecha en que usted ya no cumple con los requisitos de elegibilidad del Plan.

### **2. Cobertura de dependientes**

- la fecha de la Amy's Kitchen, Inc. finaliza el Plan;
- el último día del mes en que su dependiente deja de ser un dependiente elegible;
- la fecha en que el Plan discontinúa la cobertura de dependientes para todas las personas dependientes o la clase de personas dependientes en las que pertenece su dependiente.

## **Beneficios y Servicios Proporcionados**

Centros de Salud Familiares de Amy's Kitchen son el lugar de trabajo puestos de atención médica auto-administrados que proporcionan servicios de salud ambulatorios a usted y sus dependientes elegibles, según se describe más adelante en este documento. Aunque Amy's Kitchen, son los patrocinadores del plan los centros son operadas y administradas por una compañía independiente –Vera Whole Health . Personal de Vera Whole Health, administra y opera el Centro de Salud Familiar de Amy's Kitchen. A continuación, se presentan ejemplos de los tipos de beneficios y servicios de los que dispone cada Centro de Salud Familiar.

### 1. Cuidado Preventivo

- Exámenes físicos anuales
- Inmunizaciones

### 2. Tratamiento de las Enfermedades

- Dolor de garganta
- Resfriados
- Gripe
- Erupción
- Los procedimientos menores (por ejemplo, la eliminación de verrugas)

### 3. Tratamiento de Lesiones

- Punta duras
- Esguinces
- Cepas

### 4. Condición crónica y Gestión de Enfermedades

- Diabetes
- Asma
- Presión Arterial
- Colesterol

### 5. Coordinación con proveedores especializados /Referidos

### 6. Telesalud a Través de VeraDirect

Servicios de Telesalud son disponibles para los empleados de Amy's, sus cónyuges y dependientes (de 3 años de edad o más) quienes están inscritos en los beneficios del centro de la salud, a partir del 1 de enero del 2019. Servicios de telesalud para cuidado primario intensivo las 24 horas al día, 7 días a la semana, 365 días al año. Los servicios son disponibles a través de un teléfono inteligente, tableta o computadora.

Los miembros elegibles pueden acceder este servicio al descargar la aplicación móvil de VeraDirect a través de la tienda iOS o Google Play. VeraDirect también se puede acceder a través de computadora al visitar <http://www.verdirect.com>.

Vera Whole Health puede ofrecer recetas para que usted y sus dependientes elegibles para condiciones que son atendidas en el Centro de Salud Familiar de Amy's Kitchen. Servicios de especialidad pediátrica pueden ser limitadas en los Centros de Salud Familiar de Amy's Kitchen. Vera Whole Health puede referir a sus hijos a cargo de un pediatra general u otros especialistas pediátricos, según sea necesario. El tipo de servicios puede variar, dependiendo de cómo el médico tratante está certificado.

## Acceso a Servicios

Si usted está cubierto por este Plan, usted puede hacer una cita en un Centro de Salud Familiar Amy's Kitchen, en una de las siguientes formas:

### 1. Por Teléfono

Para hacer una cita en Santa Rosa, CA, llame a uno de los Centros de Salud utilizando los números de teléfono que son listados en página 1 de este documento.

### 2. En Persona

Visite un Centro de Salud Familiar Amy's Kitchen en persona en los lugares indicados en la página 1.

### 3. En Línea

Para hacer una cita en línea, visite <http://patients.verawholehealth.com> para la planificación de citas que es seguro y conveniente. Además de la planificación de citas en línea, tendrá el acceso en línea a mensajes seguros entre usted y su proveedor de Vera Whole Health. También tendrá el acceso a sus archivos médicos personales en <https://www.nextmd.com> Usted tendrá que hacer una cuenta personal antes de que pueda tener acceso a estos servicios en línea.

## Su Costo de la visita al Centro de Salud Familiar

No hay ningún costo para usted por los servicios cubiertos que usted o sus dependientes elegibles reciben en el Centro de Salud Familiar de Amy's Kitchen.

Si un proveedor del centro de salud le receta un medicamento que no esta disponible en el centro de salud y el miembro esta inscrito en el Plan Médico de Amy's, los copagos serán aplicados de acuerdo con lo siguiente:

(1) Genéricos - \$ 5.00

(2) Nombre de Marca - \$ 10.00

(3) Formulario - \$ 20.00

No hay deducibles en del Plan. También no hay límites de por vida o anuales sobre los beneficios que pueden ser recibidos bajo el Plan. Desembolsos máximos no se aplican. No hay ningún costo o copago para miembros elegibles quienes utilizan el servicio de Telesalud a través de VeraDiet, con la excepción de cónyuges o dependientes quienes están inscritos en un plan de deducible alto con una cuenta de ahorros para la salud a través de otro empleador.



## Preguntas

Si usted tiene alguna duda sobre si un beneficio o servicio en particular está disponible bajo el Plan, debe comunicarse primero con el Centro de Salud Familiar Amy's Kitchen local directamente y hablar con un miembro del personal Vera Whole Health. Miembros del personal Vera Whole Health pueden ayudar a responder a preguntas sobre lo que están a su disposición los beneficios y servicios, teniendo en cuenta los términos de este Plan. Si todavía tiene preguntas después de hablar con un miembro del personal Vera Whole Health, debe comunicarse con Amy's Kitchen, Inc. al número que se indica a continuación en la sección titulada "Resumen del Plan de Información."

## Administración del Plan

Amy's Kitchen, Inc es el Administrador del Plan del Plan y un fiduciario nombrado en el sentido de los términos que utiliza en la Ley de Jubilación de Empleados de Seguridad de Ingresos de 1974, según enmendada ("ERISA").

Como Administrador del Plan, de Amy's Kitchen, Inc. tiene la autoridad para interpretar el Plan en lo que respecta a todas las cuestiones de elegibilidad, el estatuto y los derechos de cualquier participante del Plan bajo el Plan, y la forma, tiempo y beneficios de acuerdo con el Plan. Puede que sea necesario de vez en cuando, a petición de Amy's Kitchen, Inc., para proporcionar a Amy's Kitchen, Inc. de los datos y la información como de Amy's Kitchen, Inc. requiere en el desempeño de sus funciones en el marco del Plan.

Amy's Kitchen, Inc., a su sola y absoluta discreción, podrá designar a cualquier persona, comité, u otro agente independiente, como el Administrador del Plan para llevar a cabo sus funciones y responsabilidades con respecto a la administración del Plan. La designación debe ser por escrito y será guardado con los registros del Plan. Amy's Kitchen, Inc., en su discreción única y absoluta también puede designar un agente de terceros para la prestación de servicios médicos y / o de gestión profesional para el Centro de Salud Familiar de Amy's Kitchen. La designación debe ser por escrito y será guardado con los registros del Plan. Amy's Kitchen, Inc. ha designado Vera Whole Health como agente de terceros para proporcionar tales servicios médicos y profesionales de gestión. Cualesquiera derechos no designados permanecerán de exclusiva responsabilidad de Amy's Kitchen, la Kitchen del Inc. Amy, Inc. puede adoptar reglas y procedimientos que estime conveniente para la administración del Plan, siempre que alguna de esas normas y procedimientos deben ser compatibles con las disposiciones de del Plan, ERISA y otras leyes aplicables.

Cada fiduciaria plan ejercerá sus funciones exclusivamente en interés de los participantes y con la exclusiva finalidad de proporcionar beneficios bajo el Plan a los participantes, y de costear los gastos razonables de la administración del Plan. Cada fiduciaria del Plan, en el ejercicio de tales derechos y responsabilidades, se pronunciará con la atención, la habilidad, la prudencia y la diligencia en las circunstancias vigentes en ese momento que una persona prudente que actúe en una capacidad similar y familiarizados con estos asuntos usaría.

Amy's Kitchen, Inc. pretende mantener el Plan de forma indefinida, pero no tiene la obligación de seguir el Plan y se puede enmendar o terminar el Plan en cualquier momento y por cualquier razón.

## **Avisos adicionales del Plan de Salud**

### **A. Ley de Licencia Familiar y Médica de 1993 (FMLA)**

Sin perjuicio de cualquier otra disposición del Plan que indique lo contrario, si se toma una licencia no remunerada que califique según la Ley de Licencia Médica y Familiar de 1993 (FMLA) (incluida una licencia militar que califique según la FMLA), se aplicarán las siguientes reglas. En la medida que lo requiera la FMLA, Amy's Kitchen, Inc. continuará manteniendo sus beneficios bajo este Plan en los mismos términos y condiciones como si aún fuera un empleado activo. Si su cobertura bajo uno de los planes médicos de Amy's Kitchen cesa durante su licencia FMLA (por ejemplo, porque opta por discontinuar la cobertura o debido a la falta de pago de su parte de las contribuciones), pero reanuda su cobertura al regresar de la licencia FMLA de acuerdo con los procedimientos y reglas establecidos por el Administrador del Plan, tendrá beneficios bajo este Plan en los mismos términos que tenía antes de tomar su licencia, o según lo requiera la FMLA.

### **B. Ordenes Calificadas del Soporte de los Hijos**

Este Plan también proporcionará beneficios como lo exige una orden de manutención infantil médica calificada, tal como se define en la ley ERISA Sección 609 (a) o una Notificación Nacional de Manutención Médica. Para obtener una copia de Amy's Kitchen, procedimientos aplicables a dichas notificaciones Inc. 's, por favor póngase en contacto con Amy's Kitchen, Inc., el Plan proporciona beneficios a los hijos a cargo colocados con los participantes del Plan para su aprobación en los mismos términos y condiciones que se aplican en el caso de hijos dependientes que son sus hijos naturales, de conformidad con ERISA Sección 609 (c).

### **C. Ley de No Discriminación de Información Genética de 2008 (GINA)**

GINA prohíbe a los empleadores y otras entidades cubiertas por GINA Título II de solicitar o requerir información genética de un individuo o miembro de la familia del individuo, salvo lo permitido expresamente por esta ley. Para cumplir con esta ley, le pedimos que no proporcione ninguna información genética al responder a cualquier solicitud de información médica. "La información genética", según la definición de GINA incluye la historia de un individuo de la familia médica, los resultados de un individuo o de las pruebas genéticas de los miembros de la familia, el hecho de que un individuo o miembro de la familia de una persona que buscan o reciben servicios de genética, y la información genética de un feto realizado por un individuo o miembro de la familia de un individuo o de un embrión legalmente en poder de un individuo o miembro de la familia que recibe servicios de reproducción asistida.

### **D. Aviso de disponibilidad de Prácticas de Privacidad**

Entendemos que la información médica sobre usted y su salud es personal. Estamos comprometidos a proteger la información médica acerca de usted.

El Plan mantiene un Aviso de prácticas de privacidad que proporciona información a usted acerca de cómo se utiliza o se mantiene la información de salud protegida por el Plan. Si desea una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad del Plan, por favor póngase en contacto con Amy's Kitchen, Inc. El aviso describe las obligaciones legales del Plan y sus derechos legales respecto a su información de salud protegida en poder del plan bajo la Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Ley de 1996 (HIPAA). Entre otras cosas, el aviso describe cómo puede ser usada o revelada para llevar a cabo el tratamiento, pago u operaciones de atención médica, o para cualquier otro fin que sean permitidos o requeridos por la ley a su información de salud protegida.

## **Continuación de Cobertura**

Para poder cumplir con las regulaciones federales, este Plan incluye una opción de continuación de cobertura para ciertos individuos que, de otra manera, cuya cobertura terminaría. Lo siguiente pretende cumplir con el Acta de Reconciliación de Presupuesto Omnibus Consolidado de 1985 (COBRA), según sea enmendada. Comúnmente, se puede referir a esta continuación de cobertura como "cobertura de COBRA" o "cobertura de continuación."

La cobertura que puede ser continuada bajo esta provisión consiste de cobertura médica. No incluye beneficios de seguro de salud, beneficios por muerte y desmembramiento accidentales, ni beneficios de reemplazar ingresos. La cobertura médica incluye beneficios médicos y de medicamentos recetadas según se provee bajo este Plan.

## **Eventos Calificadores**

Eventos calificadores son uno de cualquier de los eventos siguientes que causarían una persona cubierta a perder cobertura bajo este Plan o causar un aumento de contribuciones requeridas, aún si dicha pérdida de cobertura o aumento de contribuciones requeridas no toma efecto inmediatamente, y permitiría dicha persona a continuar la cobertura más allá de la fecha descrita en la Terminación de Cobertura:

1. Fallecimiento del empleado.
2. La terminación del empleo del empleado (fuera de la terminación por mala conducta declarada), la reducción de horas en el trabajo a menos del mínimo que se requiere para ser cubierto por este Plan. Se hace referencia a este evento abajo por nombre "Evento Calificador de 18 meses."
3. El divorcio, separación legal, del empleado o la terminación de un emparejamiento de hecho.
4. El derecho del empleado a beneficios de Medicare bajo Título XVIII del Acta de Seguro Social, si resulta en la pérdida de cobertura bajo este Plan.
5. Un niño dependiente que ya no cumple con los requisitos de elegibilidad del Plan.
6. El último día de la ausencia bajo el Acta de Ausencias Familiares y Médicas de 1993, o una fecha precedente en el cual el empleado informa el empleador que no regresará al trabajo.
7. El recluto de un empleado reservado para deberes activos

## **Requisitos de Aviso**

1. Cuando la elegibilidad para la continuación de cobertura resulta del divorcio o separación legal de un cónyuge del empleado cubierto, la terminación de un emparejamiento de hecho o la pérdida del estado de un niño de ser dependiente, el empleado o dependiente tiene que completar y entregar un formulario Aviso de un Evento Calificador al administrador del Plan (o su persona nombrada) dentro de sesenta (60) días de lo más tarde de:
  - a) La fecha del evento;
  - b) La fecha en el cual la cobertura bajo este Plan es o se perdería como resultado de dicho evento; o
  - c) La fecha en el cual el empleado o el dependiente fue provisto una copia de este Documento del Plan y Resumen de la Descripción del Plan.

Una copia del formulario Aviso de un Evento Calificador está disponible del administrador del Plan (o su persona nombrada). Adicionalmente, el empleado o dependiente puede ser requerido a puntualmente proveer cualquier documentación de soporte según sea razonablemente solicitada para propósitos de verificación. Falta de proveer dicho aviso y cualquier documentación de soporte solicitada resultará en la persona desechando sus derechos a la continuación de cobertura bajo esta provisión. Dentro de catorce (14) días del recibo de un Aviso de un Evento Calificador apropiadamente llenada, el administrador del Plan (o su persona nombrada) avisará el empleado o dependiente de sus derechos a la continuación de cobertura, and el proceso que se requiere para elegir la continuación de cobertura. Se hace referencia a este aviso abajo como el "Aviso de Elección."

2. Cuando la elegibilidad para la continuación de cobertura resulta de cualquier evento calificador bajo esta Plan aparte de las que se describen en el Párrafo 1 arriba, el administrador del Plan (o su persona nombrada) le proveerá un Aviso de Elección al empleado o dependiente no más tarde que cuarenta y cuatro (44) días después de la fecha que el empleado o dependiente pierde la cobertura bajo este Plan debido al evento calificador.
3. En el evento que se determina que un individuo que busca continuación de cobertura (o una extensión de la cobertura de continuación) no tiene derecho a dicha cobertura, el administrador del Plan (o su persona nombrada) le proveerá a dicho individuo una explicación con respecto a la razón porqué el individuo no tiene derecho a la cobertura de continuación. Se hace referencia a este aviso, en esto, como el "Aviso de Falta de Elegibilidad." El Aviso de Falta de Elegibilidad será provisto en cumplimiento con el mismo plazo de tiempo según aplica a la provisión del Aviso de Elección.
4. En el evento que se provee un Aviso de Elección, el Empleado Elegible o dependiente tiene sesenta (60) días para decidir si elegirá cobertura de continuación. Cada persona que se describe en el Aviso de Elección y que fue cubierto por el Plan el día antes del evento calificador tiene el derecho de elegir la continuación de cobertura individualmente, sin importar la matriculación familiar. Si el empleado o dependiente elige tener la cobertura de continuación, el tiene que avisarle al administrador del Plan (o su persona nombrada) de su elección por medio de regresarle al administrador del Plan (o su persona nombrada) un Aviso de Elección apropiadamente llenada no más tarde que el último día del plazo de sesenta (60) días. Si el Aviso de Elección se manda por correo al administrador del Plan (o su persona nombrada), tiene que ser matasellado en o antes del último día del plazo de sesenta (60) días. Este plazo de sesenta (60) días comienza en lo más tarde de lo siguiente:
  - a) La fecha que la cobertura bajo el Plan que de otra manera terminaría; o
  - b) La fecha que la persona recibe el Aviso de Elección del administrador del Plan (o su persona nombrada).

5. Dentro de cuarenta y cinco (45) días después de la fecha que la persona le avisa al administrador del Plan (o su persona nombrada) que él ha elegido continuar la cobertura, la persona tiene que hacer el pago inicial. El pago inicial será la cantidad requerida para proveer cobertura de la fecha que comienzan los beneficios continuos, hasta el último día del mes en el cual se hace el pago inicial. De allí en adelante, los pagos para la cobertura de continuación deben hacerse mensualmente, y son pagaderos de antemano, en el primer día de cada mes.

### **El Costo de Cobertura**

1. El Plan requiere que las personas cubiertas paguen los costos enteros a las proporciones de acumulación máxima del Plan, más un arancel administrativo de dos por ciento (2%). Salvo por el pago inicial (véase arriba), los pagos tienen que ser entregados al administrador del Plan (o su persona nombrada) en o antes del primer día de cada mes durante el plazo de continuación. El pago tiene que ser entregado de manera puntual para poder mantener la cobertura en vigor.
2. Para una persona originalmente cubierta como un empleado o como un cónyuge/pareja de hecho, el costo de la cobertura es la cantidad aplicable a un empleado si la cobertura es a continuación para él mismo. Para una persona originalmente cubierta como un niño y continuando cobertura independientemente de la unidad de la familia, el costo de la cobertura es la cantidad que le aplica a un empleado.

### **Cuando Comienza la Cobertura de Continuación**

Cuando elige la cobertura de continuación y se hace el pago inicial dentro del plazo de tiempo requerido, la cobertura se restablece a la fecha de la pérdida de cobertura, para que no ocurra ninguna pausa en la cobertura. La cobertura para dependientes adquirida y apropiadamente matriculada durante el plazo de continuación comienza según las provisiones de matriculación del Plan.

### **Miembros de la Familia Adquiridos Durante la Continuación**

Un cónyuge/pareja de hecho o niño dependiente recién adquirido durante la cobertura de continuación es elegible de ser matriculado como un dependiente. La provisión de matriculación regular del Plan le aplica a los que se matriculan durante la cobertura de continuación. Un dependiente adquirido y matriculado después del evento calificador original, aparte de un niño nacido a o puesto para adopción con un empleado cubierto durante un plazo de cobertura de continuación con COBRA, no es elegible para continuación distinta si un evento subsecuente resulta en la pérdida de la cobertura para la persona.

### **Miembros de la Familia Adquiridos Durante la Continuación**

1. En el evento que ocurre cualquier de los eventos siguientes durante el plazo de cobertura de continuación que resultan de un Evento Calificador de 18 meses, es posible prolongar la cobertura de continuación del dependiente:
  - a. El fallecimiento del empleado.
  - b. El divorcio o separación legal del empleado
  - c. La pérdida del estado de dependencia del niño.

Un aviso por escrito de dicho evento se tiene que proveer por medio de llenar por completo y entregar un formulario para una Prolongación Adicional Aviso de Evento al administrador del Plan (o su persona nombrada) dentro de sesenta (60) días de lo más tarde de:

- i. La fecha de ese evento;
- ii. La fecha en el cual la cobertura bajo este Plan sería perdida como resultado de dicho evento si el primer evento calificador no hubiera ocurrido; o
- iii. La fecha en el cual el empleado o dependiente es provisto con una copia de este Documento del Plan y Resumen de la Descripción del Plan.

Una copia del formulario para un Aviso de Evento de Prolongación Adicional está disponible del administrador del Plan (o su persona nombrada). Adicionalmente, el dependiente puede ser requerido a puntualmente proveer cualquier documentación de soporte según sea razonablemente requerido para propósitos de verificación. Falta de apropiadamente proveer el Aviso de Evento de Prolongación Adicional y cualquier documentación de soporte solicitada resultará en la persona desechando sus derechos de prolongar la cobertura de continuación bajo esta provisión. De ninguna manera se prolongará ninguna prolongación de cobertura de continuación más allá de treinta y seis (36) meses de la fecha más tarde de la fecha del primer evento calificador o la fecha en el cual comenzó la cobertura de continuación.

Solamente una persona cubierta antes del evento calificador original o un niño nacido a o puesto para adopción con un empleado cubierto durante un plazo de cobertura de COBRA puede ser elegible para continuar cobertura por medio de una

prolongación de cobertura de continuación según se describe arriba. Cualesquier otros dependientes adquiridos durante la cobertura de continuación no son elegibles para prolongar la cobertura de continuación según se describe arriba.

Una persona que pierde cobertura debido a un Evento Calificador de 18 meses puede prolongar el plazo máximo de cobertura de continuación de dieciocho (18) meses a un máximo de veintinueve (29) meses en el evento que ambos de los siguientes ocurren:

- a. Dicha persona (u otra persona con derecho a cobertura de continuación debido al mismo Evento Calificador de 18 meses) se determina por el Administración de Seguro Social, bajo Título II o Título XVI del Acta de Seguro Social, haberse incapacitado antes del día sexagésimo (60mo) de cobertura de continuación; y
- b. El estado de incapacidad, según se determina por la Administración de Seguro Social Security, dura al menos hasta el fin del plazo inicial de dieciocho (18) meses de la cobertura de continuación.

La persona incapacitada (o su representante) tiene que entregar una prueba por escrito de la determinación del Administración de Seguro Social de incapacidad al administrador del Plan (o su persona nombrada) dentro del plazo inicial de dieciocho (18) meses de la cobertura de continuación y no más tarde que sesenta (60) días después lo más tarde de:

- i. La fecha de la determinación de incapacidad por la Administración de Seguro Social;
- ii. La fecha del Evento Calificador de 18 meses;
- iii. La fecha en el cual la persona pierde o (perdería) cobertura bajo este Plan como resultado del Evento Calificador de 18 meses; o
- iv. La fecha en el cual la persona se ha provisto una copia de este Documento del Plan y Resumen de la Descripción del Plan.

Si la persona incapacitada falta avisar al administrador del Plan (o su persona nombrada) por escrito dentro del plazo de tiempo descrito arriba, la persona incapacitada (y otros con derecho a una prolongación de incapacidad debido a esa persona) tendrá el derecho a cualquier plazo de continuación que él o ellos tienen el derecho de tener otro modo, si lo hay. El Plan puede requerir que el individuo pague ciento cincuenta por ciento (150%) del costo de cobertura de continuación durante los once (11) meses adicionales de la cobertura de continuación. En el evento que la Administración de Seguro Social hace una determinación final de que el individuo ya no es incapacitado, el individuo tiene que proveer aviso de dicha determinación final no más tarde que treinta (30) días después de lo más tarde de:

- a. La fecha de la determinación final por la Administración de Seguro Social; o
- b. La fecha en el cual el individuo es provisto con una copia de este Documento del Plan y Resumen de la Descripción del Plan.

### **El Fin de la Continuación**

La Cobertura de continuación bajo esta provisión terminará en el más temprano de las siguientes fechas:

1. Dieciocho (18) meses (o veintinueve (29) meses si la cobertura de continuación se prolonga debido a un estado confirmado de incapacidad según se describe arriba) de la fecha que comenzó la continuación debido a un Evento Calificador de 18 meses o el último día de la ausencia bajo el Acta de Ausencias Familiares y Médicas of 1993.
2. Veinticuatro (24) meses de la fecha que comenzó la continuación debido al recluto a deberes militares.
3. Treinta seis (36) meses de la fecha que comenzó la continuación para dependientes cuya cobertura terminó debido al fallecimiento del empleado, un divorcio o separación legal del empleado, o la pérdida del estado de dependencia del niño.
4. El fin del plazo para el cual contribuciones se pagan si la persona cubierta falta hacer un pago para la fecha especificada por el administrador del Plan (o su persona nombrada). En el evento que la cobertura de continuación se termina por esta razón, el individuo recibirá un aviso describiendo la razón por la Terminación de Cobertura, la fecha efectiva de terminación, y cualesquier derechos que el individuo tiene bajo este Plan o bajo leyes aplicables para elegir una cobertura alternativa de grupos o individuales, tal como el derecho de conversión. Se hace referencia abajo a este aviso como "Aviso de Terminación Temprana."
5. La fecha que la cobertura bajo este Plan termina y el empleador no ofrece ningún otro Plan de beneficios médicos de grupos. En el evento que la cobertura de continuación se termina por esta razón, el individuo recibirá un Aviso de Terminación Temprana.
6. La fecha que la persona cubierta tiene el derecho por primera vez, después de la fecha de la elección original de la persona cubierta para cobertura de continuación, a beneficios de Medicare bajo Título XVIII del Acta de Seguro Social. En el evento que la cobertura de continuación se termina por esa razón, el individuo recibirá un Aviso de Terminación Temprana.
7. La fecha que la persona cubierta se cubre por primera vez bajo cualquier otro Plan médico de grupos del empleador después de la fecha original de la elección de la persona cubierta para

cobertura de continuación. En el evento que la cobertura de continuación se termina por esta razón, el individuo recibirá un Aviso de Terminación Temprana.

8. Para el cónyuge/pareja de hecho o niño dependiente de un empleado cubierto que tiene derecho a Medicare antes de la elección del cónyuge/pareja de hecho o dependiente de cobertura de continuación, treinta y seis (36) meses desde la fecha que el empleado cubierto llega a tener el derecho a Medicare.

### **Reglas Especiales con Respeto a Los Avisos**

1. Cualquier aviso requerido en conexión con la cobertura de continuación bajo este Plan tiene que, al menos, contener suficiente información para que el administrador del Plan (o su persona nombrada) pueda determinar de dicho aviso el empleado y dependiente(s) (si los hay), el evento calificador o incapacidad, y la fecha que el evento calificador ocurrió.

2. En conexión con la cobertura de continuación bajo este Plan, cualquier aviso que tiene que ser provisto por cualquier individuo quien es el empleado o un dependiente con respecto al evento calificador puede ser provisto por un representante tomando acción en nombre del empleado o el dependiente, y la provisión del aviso por un individuo será suficiente para satisfacer cualquier responsabilidad de proveer un aviso en nombre de todo individuo elegible relacionado, con respecto al evento calificador.

3. Con respecto a un Aviso de Elección, Aviso de Falta de Elegibilidad o Aviso de Terminación Temprana:

a. Un aviso singular con domicilio a ambos al empleado y el cónyuge/pareja de hecho será suficiente para ambos individuos si, basado en la información más reciente disponible al Plan, el cónyuge/pareja de hecho reside en el mismo lugar que el empleado; y

b. Un aviso singular con domicilio al empleado o el cónyuge/pareja de hecho será suficiente con respecto a cada niño dependiente del empleado si, basado en la información más reciente disponible al Plan, el niño dependiente reside en el mismo lugar que el individuo a quien dicho aviso fue provisto.

### **Movilización Militar**

Si un empleado se llama a su deber activo por las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos (inclusive la Guardacostas, la Guardia Nacional o el Servicio de Salud Pública), el empleado y el dependiente del empleado pueden continuar sus coberturas médicas, en cumplimiento con el Acta de Derechos al Empleo y Reempleo para los Servicios Uniformados (USERRA).

Cuando la ausencia es menos de treinta y un (31) días, el empleado y el dependiente del empleado no pueden ser requeridos a pagar más de la porción del empleado, si lo hay, aplicable a tal cobertura. Si la ausencia es treinta y un (31) días o más, entonces el administrador del Plan (o su persona nombrada) puede requerir del empleado y el dependiente del empleado que paguen no más de ciento dos por ciento (102%) de la plena contribución.

La duración máxima de la cobertura de continuación requerida bajo el Acta de Derechos al Empleo y Reempleo para los Servicios Uniformados (USERRA) es lo menos de:

1. Veinticuatro (24) meses comenzando el día que comienza la ausencia, o
2. Un plazo que comienza en el día que comenzó la ausencia y que termina en el día después que el empleado falta regresar al empleo dentro del tiempo permitido.

El plazo de la cobertura de continuación bajo USERRA será contada contra cualquier plazo de cobertura de continuación concurrentemente disponible bajo COBRA. Al regresar de sus deberes activos, el empleado y el dependiente del empleado serán restablecidos sin un plazo de espera, sin importar su elección de cobertura de continuación de COBRA.

### **Información de Contacto Sobre el Plan**

Preguntas con respecto a este Plan, inclusive sobre cualquier cobertura de continuación disponible, se pueden dirigir al administrador del Plan (o su persona nombrada).

### **Cambios de Domicilio**

Para poder asegurar los derechos y beneficios apropiados de protección bajo este Plan, las personas cubiertas deben mantener al administrador del Plan (o su persona nombrada) informado de cualquier cambio a su domicilio.

## Reclamaciones y Apelaciones

Si usted tiene un problema, queja o reclamación, se deben seguir los siguientes procedimientos para hacer frente a sus preocupaciones o presentar una reclamación o apelación. No hay ningún requisito en virtud del Plan que usted obtenga autorización previa para cualquier beneficio para la salud antes de los beneficios del Plan se proporcionará en el marco del Plan de acuerdo con sus términos.

### A. Resolver un Problema

Usted debe dirigir todas las preguntas iniciales y otras quejas informales que tenga con respecto a los beneficios de salud bajo el plan de Vera Whole Health del Centro de Salud Familiar de Amy's a la que usted o su plan depende de

los requisitos para solicitar o disponer de servicios buscados. Estos son algunos ejemplos de razones que usted puede ponerse en contacto con Vera Whole Health :

1. Tiene preguntas acerca de los servicios que están a su disposición en el marco del Plan;
2. Usted cree que usted o su dependiente elegible se le ha negado un servicio que está disponible para usted en el marco del Plan;
3. Usted no está satisfecho con la calidad de la atención que recibió;
4. No está satisfecho con el tiempo que tomó a su cita, o el tiempo que tuvo que esperar, o
5. Usted desea reportar el comportamiento insatisfactorio por los funcionarios clínica, o insatisfacción con el estado de las instalaciones de la clínica.

Si usted no está satisfecho con la respuesta o decisión que reciba del Vera Whole Health, puede presentar un reclamo formal ante el Administrador del Plan.

### B. Cuando los Reclamos de servicios tienen que ser sometidos

El Administrador del Plan tiene la autoridad final para la adjudicación de todas las reclamaciones y recursos, de conformidad con las siguientes disposiciones y ERISA. A menos que se indique lo contrario, cuando se utiliza en estos procedimientos de reclamación, el término "día" significa un día calendario.

Usted (o su representante debidamente autorizado) debe presentar ninguna reclamación ante el Administrador del Plan dentro de los 90 días de la fecha en que se haya incurrido servicios o negada. Las reclamaciones presentadas a más tardar esa fecha serán denegadas, a menos que se demuestre que no fue razonablemente posible presentar dentro de los 90 días, pero en ningún caso más tarde de doce (12) meses a partir de la fecha en que se incurrieron o niegan los servicios.

Su reclamo debe ser establecido por escrito con toda la información pertinente que usted considere relevante, y también debe incluir la siguiente información:

1. la fecha y el tipo de servicio;
2. la ubicación de la Kitchen, Inc. Centro de Salud Familiar de Amy's en el que haya recibido o buscado los servicios;
3. el nombre del participante, y,
4. el nombre del paciente.

Su reclamación se considerará presentada cuando el Administrador del Plan recibe toda la información anterior. El Administrador del Plan determinará si se ha presentado suficiente información para decidir sobre el reclamo. Si no es así, el Administrador del Plan puede solicitar más información. El Administrador del Plan debe recibir la información adicional dentro de los 45 días a partir de la recepción de la solicitud de información adicional. El no hacerlo puede dar lugar a reclamaciones que se les niega.

### C. Tiempo que se toma para hacer decisiones

Si usted ha proporcionado toda la información necesaria para tramitar la reclamación, el Administrador del Plan le notificará de su decisión en un plazo razonable de tiempo, pero no más tarde de 30 días después de la recepción de la reclamación.

Este período de 30 días podrá prorrogarse por un máximo de 15 días, siempre que el Administrador del Plan tanto determina que tal extensión es necesaria debido a problemas fuera del control del Plan y le notifica antes de la expiración del procesamiento inicial de 30 días período de las circunstancias que requieren la extensión de

tiempo y la fecha en que el Plan espera tomar una decisión. Si se ha solicitado una prórroga, el Administrador del Plan le notificará de su decisión antes del final del período de prórroga de 15 días.

Si la extensión se ha descrito anteriormente es necesario debido a que no han presentado la información necesaria para decidir sobre el reclamo, el aviso de extensión debe describir específicamente la información requerida. Se le proporcionó al menos 45 días desde la recepción de dicha notificación dentro del cual se proporciona la información especificada.

El período de tiempo en el que se requiere una determinación de beneficios a realizar comenzará en el momento de una reclamación se considerará presentada en el Plan de acuerdo con esta sección.

#### **D. Si Su Reclamo es Negado**

Si su reclamo para beneficios se rechaza, recibirá una determinación adversa de beneficios. Usted tiene derecho a una revisión completa e imparcial de la determinación adversa de beneficios. La determinación adversa de beneficios puede estar en forma escrita o electrónica (en cumplimiento de la normativa ERISA), y se establece:

1. información suficiente para identificar la demanda;
2. la razón específica de la negación;
3. referencias específicas a las disposiciones pertinentes del Plan en el que la denegación se basa incluyendo una copia de la guía interna que se utiliza en la determinación de beneficios o el aviso de dónde y cómo se puede obtener una copia gratuita;
4. una descripción de cualquier material o información adicional necesaria para que pueda perfeccionar el reclamo y una explicación de por qué es necesaria tal información;
5. una explicación de los procedimientos de reclamaciones de apelaciones del plan;
6. el derecho de presentar una acción civil bajo ERISA Sección 502 (a), y
7. si su reclamo es denegado sobre la base de la necesidad médica, el tratamiento experimental, o la exclusión o limitación similar, una explicación del criterio científico o clínico aplicado en la determinación de beneficios, o el aviso de dónde y cómo se puede obtener una copia gratuita.

#### **E. Tu derecho de Apelar**

Dentro de los 180 días siguientes a la recepción de la determinación adversa de beneficios, usted tiene una oportunidad razonable para apelar la denegación de la reclamación al Administrador del Plan para una revisión completa y justa. Usted o su representante debidamente autorizado podrá:

1. solicitar una revisión de una notificación por escrito al Administrador del Plan;
2. presentar comentarios por escrito, documentos, registros y demás información relacionada con la solicitud y,
3. previa solicitud, tendrá acceso razonable y copias de todos los documentos, registros y otra información relevante para la reclamación de forma gratuita.

#### **F. Tiempo de la Notificación de la determinación de beneficios en revisión**

El Administrador del Plan le notificará de la determinación del beneficio del Plan en revisión dentro de un plazo razonable, pero no más tarde de 60 días después de la recepción de la apelación. El período de tiempo en el que se requiere la determinación del plan a realizar se iniciará en el momento se presenta una apelación de acuerdo con los procedimientos de este Plan, con independencia de que toda la información necesaria para tomar la determinación acompañe la presentación.



## **E. Reviso y Decisión**

El Administrador del Plan, como fiduciario del plan, tendrá en cuenta todos los comentarios, documentos y otra información presentada por usted sin tener en cuenta si la información se presentó con la demanda original y sin deferencia a la determinación inicial. La persona que revisa y decide la apelación será una persona diferente de la persona que tomó la decisión inicial de beneficios y no ser un subordinado de la persona que tomó la decisión inicial de reclamación. En el caso de una reclamación denegada sobre la base del criterio médico, el Administrador del Plan consultar con un profesional con formación y experiencia adecuada atención de la salud. El profesional de la salud que se consulta en la apelación no será la misma persona que fue consultado, en su caso, en relación con la decisión de beneficios inicial o un subordinado de esa persona. Si se obtuvo el asesoramiento de un profesional de la salud, los nombres de estas personas se proporcionarán a su solicitud.

La decisión del administrador del plan será escrito e incluirá las razones específicas de su decisión, con referencias y copias específicos de las disposiciones pertinentes del Plan o directriz interna en que se basa la decisión. Usted también tiene el derecho de presentar una acción civil bajo ERISA Sección 502 (a) a raíz de la denegación de su apelación.

Usted debe agotar el proceso de revisión de reclamaciones plan interno como se describe en esta descripción resumida del plan antes de que usted puede presentar una demanda. Si su apelación es rechazada sobre la base de la necesidad médica, el tratamiento experimental, o la exclusión o limitación similar, usted recibirá una explicación del criterio científico o clínico aplicado en la determinación de beneficios, o el aviso de dónde y cómo se puede obtener una copia.

---

## Resumen de Información del Plan

<b>Nombre del Plan:</b>	Amy's Kitchen, Inc. Centro de Salud Familiar de Amy's Kitchen
<b>Nombre, dirección y teléfono del Empleador / Patrocinador del plan</b>	Amy's Kitchen, Inc. 1650 Corporate Circle, Suite 200 Petaluma, CA 94954 Teléfono: (707) 781-7625
Número de Identificación de Empleador:	68-0154899
Número del Plan:	503
Tipo de programa:	Welfare Benefit Plan
Año del plan:	1 de enero al 31 de diciembre
Fecha de vigencia del Resumen	1 de enero, 2021
Original Fecha de vigencia del plan:	1 de enero, 2012
Fuente de las contribuciones:	Las contribuciones para gastos del Plan se obtienen a través de los activos generales de Amy's Kitchen y las contribuciones requeridas por parte de los empleados.
Método de financiación:	El Plan es "autofinanciado". Amy's Kitchen, Inc. es responsable por los pagos de los beneficios y reclamos aprobados. El pago se hace directamente con los activos generales.
Fecha de Vigor de Cobertura y Periodo de Espera:	Cobertura bajo este Plan entra en vigor a partir de su fecha de contratación.
Nombre, dirección y número de teléfono de Fiduciario y el Administrador Plan	Amy's Kitchen, Inc. ATTN: Plan Administrator 1650 Corporate Circle, Suite 200 Petaluma, CA 94954 Teléfono: (707) 781-7625
Agente para el servicio del proceso legal:	Amy's Kitchen, Inc. ATTN: Plan Administrator 1650 Corporate Circle, Suite 200 Petaluma, CA 94954 Teléfono: (707) 781-7625
	Y
	Amy's Kitchen, Inc. ATTN: Office of General Counsel 1650 Corporate Circle, Suite 200 Petaluma, CA 94954 Teléfono: (707) 781-7625
<b>Agente de Terceros Servicios de Administración</b>	Vera Whole Health 1511 6 <sup>th</sup> Ave., Suite 260 Seattle, WA 98101

## **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 de Jubilación del Empleado de 1974 (ERISA). ERISA establece que todos los participantes del Plan tendrán derecho a la siguiente.

### **A. Recibe información sobre tu Plan**

Examina, sin cargo alguno, en la oficina del Administrador del Plan y en otros lugares específicos, como los lugares de trabajo y sedes sindicales, todos los documentos que rigen el Plan, incluyendo contratos de seguro y acuerdos colectivos de trabajo, y una copia del último informe anual (Formulario serie 5500) presentado por el Plan con los EE.UU.. Departamento de Trabajo y disponible en el salón de información de la Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado.

Obtener, mediante solicitud por escrito al Administrador del Plan, las copias de los documentos que rigen la operación del Plan, incluyendo contratos de seguro y acuerdos colectivos de trabajo, y copias del último informe anual (Formulario serie 5500) y actualizada descripción resumida del plan. El administrador puede hacer un cargo razonable por las copias.

Recibir un resumen del informe financiero anual del Plan. El Administrador del Plan está obligado por ley a entregar a cada participante una copia de este resumen del informe anual.

### **B. Continúa Tu Seguro Grupal Medico**

Continúe con la cobertura de atención médica para usted, su cónyuge o sus dependientes si se pierde la cobertura del Plan como resultado de un evento que califique. Es posible que usted o sus dependientes tengan que pagar por dicha cobertura.

### **C. Reducción o eliminación de los Periodos de exclusión**

Recibir una reducción o eliminación de los periodos de exclusión de cobertura por condiciones preexistentes de su plan de salud, si tiene cobertura acreditable de otro plan. Usted debe contar un certificado de cobertura acreditable, de forma gratuita, de su plan de salud de grupo o emisor de seguro de salud cuando pierda la cobertura, cuando se adquiere el derecho a elegir la cobertura de continuación COBRA, cuando su cobertura de continuación COBRA cesa, si usted lo solicita, si antes perder la cobertura, o si usted lo solicita hasta 24 meses después de perder la cobertura. Sin evidencia de cobertura acreditable, usted puede estar sujeto a una exclusión por condición preexistente de 12 meses (18 meses para inscripciones tardías) después de la fecha de inscripción en su cobertura.

### **D. Acciones Prudentes de los Fiduciarios del Plan**

Además de crear derechos para los participantes del Plan, ERISA impone obligaciones a las personas responsables de la operación del plan de beneficios para empleados. Las personas que administran su Plan, denominados "agentes fiduciarios" del Plan, tienen el deber de hacerlo prudentemente y en interés de usted y de los demás participantes y beneficiarios del Plan. Nadie, incluyendo su empleador, su sindicato, o cualquier otra persona, puede despedirlo discriminarlo de alguna manera de impedir que obtenga un beneficio de bienestar o ejerza los derechos según ERISA.

## **E. Refuerza tus Derechos**

Si su reclamo de un beneficio de bienestar es negado o ignorado, en su totalidad o en parte, usted tiene el derecho de saber por qué se hizo esto, para obtener copias de los documentos relacionados con la decisión sin cargo, y de apelar cualquier denegación, dentro de ciertos horarios.

Bajo ERISA, hay pasos que usted puede tomar para hacer valer los derechos anteriores. Por ejemplo, si usted solicita una copia de los documentos del Plan o del último informe anual del Plan y no los recibe dentro de 30 días, usted puede presentar una demanda en un tribunal federal. En tal caso, el tribunal podrá requerir al Administrador del Plan para proporcionar los materiales y le pague hasta \$ 110 por día hasta que los reciba, a menos que éstos no se hayan enviado por razones ajenas a la voluntad del administrador. Si usted tiene un reclamo de beneficios que se rechaza o se ignora, en su totalidad o en parte, usted puede presentar una demanda en un tribunal estatal o federal. Además, si está en desacuerdo con la decisión del Plan o la falta de ella acerca de la situación calificada de una orden de relaciones domésticas o una orden de manutención infantil médica, usted puede presentar una demanda en la corte federal. Si sucediera que los fiduciarios del Plan hacen uso indebido del dinero del Plan o si se le discrimina por hacer valer sus derechos, puede solicitar la asistencia del Departamento de Trabajo de EE.UU., o usted puede presentar una demanda en un tribunal federal. El tribunal decidirá quién deberá pagar los costos judiciales y honorarios legales. Si tiene éxito, el tribunal puede ordenar a la persona que usted demandó que pague estos costos y honorarios. Si usted pierde, el tribunal puede ordenarle que pague estos costos y honorarios, por ejemplo, si encuentra que su reclamo es frívolo.

## **F. Asistencia con tus preguntas**

Si usted tiene alguna pregunta sobre su Plan, debe comunicarse con el Administrador del Plan. Si usted 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 del Empleado del Departamento de Trabajo de EE.UU., que aparece en su teléfono directorio o la División de Asistencia Técnica y Consultas, Beneficios a los empleados la Administración de Seguridad del Departamento de Trabajo, 200 Constitution Avenue NW, Washington, DC 20210 EE.UU.. También puede obtener algunas publicaciones sobre sus derechos y responsabilidades bajo ERISA llamando a la línea directa de publicaciones de la Employee Benefits Security Administration.

## DECLARACIÓN DE ADOPCIÓN

Amy's Kitchen, Inc. ha hecho que este Plan de Centros de Salud Familiar entre en vigencia a partir del 1 de enero de 2021 en Petaluma, California 94954.

He leído el documento en este documento y certifico que refleja los términos y condiciones del Plan de Centros de Salud Familiares según lo establecido por Amy's Kitchen, Inc.

Firma:           *Carme Lewis*          

Nombre: Carme Lewis

Fecha: 1 de enero, 2021