

WENTE VINEYARDS WELFARE BENEFIT
PLAN

DESCRIPCIÓN RESUMIDA DEL PLAN
WRAP

Wente Family Estates
5565 Tesla Road
Livermore, California 94550

V05182020

WENTE VINEYARDS WELFARE BENEFIT PLAN

TABLA DE CONTENIDO

Información General Sobre El Plan	3
Elegibilidad Y Beneficios.....	5
Cómo Inscribirse En El Plan	13
Se Prohíbe La Discriminación En Función De Factores Relacionados Con La Salud.....	13
Disposiciones De Privacidad De La HIPAA.....	13
Derechos Especiales De Inscripción.....	14
Órdenes De Manutención Médica Infantil Calificada	14
Programas Estatales De Medicaid	15
Reglas Especiales Para Cobertura Por Maternidad Y Para El Recién Nacido	15
Regla Especial Para La Cobertura De La Salud De La Mujer	15
Ley De No Discriminación Por Información Genética De 2008.....	16
Paridad De La Salud Mental.....	16
Cobertura De Salud Durante Licencia Sin Goce De Sueldo Según La Ley FMLA.....	16
Plan de bienestar	17
Derechos De Reemplazo De Las Fuerzas Armadas	17
Continuación De Cobertura Bajo COBRA.....	18
Procedimientos De Reclamos Para El Plan.....	21
Procedimientos De Reclamos Por Beneficios Basados En La Determinación De Discapacidad.....	22
Procedimientos Para Los Reclamos Para Los Planes De Salud Grupal.....	23
Determinación De Beneficios.....	24
Determinación De Apelaciones	26
Subrogación / Reembolso.....	28
Enmienda O Terminación Del Plan	28
Circunstancias Que Pueden Provocar La Pérdida De Beneficios.....	28
Responsabilidad Por Productos / Servicios	29
Ninguna Garantía De Empleo.....	29
Declaración De Los Derechos ERISA	29
ANEXO A	32
ANEXO B	33
ANEXO C	333

WENTE VINEYARDS WELFARE BENEFIT PLAN

DESCRIPCIÓN RESUMIDA DEL PLAN WRAP

Este documento, junto con los folletos y certificados de beneficios, contratos con proveedores, normas y descripciones, es la descripción resumida del plan ("SPD, siglas en inglés") para el Wente Vineyards Welfare Benefit Plan (el "Plan"). Estos documentos describen como el plan con vigencia el 01 de mayo del 1995. El Plan puede ser cambiado de vez en cuando.

Dado que los beneficios que recibe por medio del Plan son de importancia para usted y su familia, debe guardar este SPD junto a sus registros permanentes. No obstante, recuerde que sólo es un resumen. El SPD presenta un resumen sobre quién es elegible para recibir beneficios y la naturaleza de los beneficios disponibles. El SPD no modifica las provisiones de ningún documento del plan de beneficio ni de ningún instrumento legal relacionado con la creación, operación, financiación u obligación de pago de beneficios del plan de beneficios.

Para obtener información adicional sobre el Plan, comuníquese con el Director of People al (925) 456-2283 o refiérase a los documentos oficiales del Plan y los contratos de seguro completos. Las copias de los documentos están disponibles en la oficina del empleador, a solicitud. Si los términos de este SPD están en conflicto con los documentos del Plan, prevalecerán los documentos del Plan.

INFORMACIÓN GENERAL SOBRE EL PLAN

Tipo de Plan:	Bienestar Social, incluyendo los Programas Sociales: siguientes: Kaiser Permanente Deductible HMO Plan with HRA, Evolution Healthcare Medical HRA Plan, Health Reimbursement Account (HRA), Health Reimbursement Account (HRA), Guardian Dental Plan, VSP Vision Plan, New York Life Group Life Plan, New York Life Accidental Death & Dismemberment Plan, New York Life Short-Term Disability Plan, New York Life Long-Term Disability Plan, Health Care Flexible Spending Account, Premium Conversion Plan, Dependent Care Reimbursement Account (DCRA) Plan que se enumeran en el Apéndice A
Nombre del plan:	WENTE VINEYARDS WELFARE BENEFIT PLAN (el "Plan")
Número del Plan:	501
Año del Plan:	El año del Plan es el período de doce meses que termina el 31 de diciembre.

Patrocinador del plan: Wente Family Estates (el "Empleador")
 5565 Tesla Road
 Livermore, California 94550
 (925) 456-2300
 Para una lista de Empleadores participantes, consulte el Apéndice B por favor.

Número de Identificación del Empleador patrocinador del plan 94-1051349¹

Administrador Del Plan: Wente Family Estates
 5565 Tesla Road
 Livermore, California 94550
 (925) 456-2300

Agente frente a las demandas: Wente Family Estates
 5565 Tesla Road
 Livermore, California 94550
 (925) 456-2300

Las demandas también podrán ser presentadas en contra del Administrador del Plan.

Administración del plan: Los Programas de Bienestar Social disponibles del Plan son administrados por los proveedores / aseguradoras a partir del cual se compran servicios o beneficios. A menos que se indique lo contrario, todos los planes de beneficios son administrados por los respectivos aseguradores o proveedores que proporcionan y garantizan los beneficios. Beneficios auto asegurados o sin financiación, en su caso, se pagan con los activos generales del Empleador.

Administradores de Reclamos: Vea la tabla de abajo y / o el resumen separado que puede aplicarse a un determinado tipo de cobertura.

Para Reclamos del	Nombre del Administrador de Reclamos	Contacto
Kaiser Permanente Deductible HMO Plan with HRA	Kaiser Permanente	(800) 464-4000
Evolution Healthcare Medical HRA Plan	Evolution Healthcare	(844) 388-3842

¹ In Spanish "Número de Identificación del Empleador" (NIE).

Health Reimbursement Account (HRA)	Kaiser Permanente	(800) 464-4000
Health Reimbursement Account (HRA)	Evolution Healthcare	(844) 388-3842
Guardian Dental Plan	Guardian	(800) 541-7846
VSP Vision Plan	VSP	(800) 877-7195
New York Life Group Life Plan	New York Life Insurance Company	(800) 265-5695
New York Life Accidental Death & Dismemberment Plan	New York Life Insurance Company	(800) 265-5695
New York Life Short-Term Disability Plan	New York Life Insurance Company	(800) 265-5695
New York Life Long-Term Disability Plan	New York Life Insurance Company	(800) 265-5695
Health Care Flexible Spending Account	Benefit Resource, Inc.	(585) 424-5200
Premium Conversion Plan	Wente Family Estates	(925) 456-2300
Dependent Care Reimbursement Account (DCRA) Plan	Benefit Resource Inc	(866) 996-5200

ELEGIBILIDAD Y BENEFICIOS

Un empleado (y su cónyuge y dependientes, si corresponde) es elegible a participar en el plan sólo si, y en la medida que, el participante sea elegible respecto a un tipo particular de cobertura en el plan y el participante aporte la contribución requerida por los empleados para la cobertura seleccionada. En su caso, el administrador del plan le informará cuál es el importe de las contribuciones requerida de los empleados para cada tipo de cobertura.

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

Kaiser Permanente Deductible HMO Plan with HRA	
Información del Proveedor o administrador del programa	Kaiser Permanente 14648 (Contract Number)

	PO Box 12933 Oakland, California 94604 (800) 464-4000 https://www.kp.org
Medio de Financiación	Totalmente Asegurado – El beneficio está totalmente asegurada por el proveedor arriba mencionado
Elegibilidad	Generalmente, los empleados que trabajan un promedio de 30 hora(s) por semana. cónyuge Dependiente / Niño pareja de hecho
Los empleados excluidos de la cobertura	no Aplicable
Período de Espera	No hay período de espera antes de que un empleado es elegible para participar.
Fecha de vigencia de la cobertura	La cobertura del Plan comienza first of the month following or coinciding with 30 days.
Terminación de Cobertura	La cobertura del Plan terminará al final del mes en el que termina su empleo o ya no es un empleado elegible bajo las disposiciones del plan.

Evolution Healthcare Medical HRA Plan	
Información del Proveedor o administrador del programa	Evolution Healthcare 145 W. Ostend Street, 2nd Floor Baltimore, Maryland 21230 (844) 388-3842 https://evolutionhealthcare.com/
Medio de Financiación	Auto-aseguramiento – El beneficio es autoasegurado
Elegibilidad	Generalmente, los empleados que trabajan un promedio de 30 hora(s) por semana. cónyuge Dependiente / Niño pareja de hecho
Los empleados excluidos de la cobertura	no Aplicable
Período de Espera	No hay período de espera antes de que un empleado es elegible para participar.
Fecha de vigencia de la cobertura	La cobertura del Plan comienza first of the month following or coinciding with 30 days.
Terminación de Cobertura	La cobertura del Plan terminará al final del mes en el que termina su empleo o ya no es un empleado elegible bajo las disposiciones del plan.

Health Reimbursement Account (HRA)	
Información del Proveedor o administrador del programa	Kaiser Permanente PO Box 12933 Oakland, California 94604 (800) 464-4000 https://www.kp.org
Medio de Financiación	Auto-aseguramiento – El beneficio es autoasegurado
Elegibilidad	Generalmente, los empleados que trabajan un promedio de 30 hora(s) por semana. cónyuge Dependiente / Niño pareja de hecho Los participantes anteriores deben estar inscritos en el plan médico principal del grupo Kaiser del empleador. La HRA no puede estar unida a ningún otro plan médico principal ni puede ser elegida como un plan independiente.
Los empleados excluidos de la cobertura	no Aplicable
Período de Espera	No hay período de espera antes de que un empleado es elegible para participar.
Fecha de vigencia de la cobertura	La cobertura del Plan comienza first of the month following or coinciding with 30 days.
Terminación de Cobertura	La cobertura del Plan terminará al final del mes en el que termina su empleo o ya no es un empleado elegible bajo las disposiciones del plan.

Health Reimbursement Account (HRA)	
Información del Proveedor o administrador del programa	Evolution Healthcare 145 W. Ostend Street, 2nd Floor Baltimore, Maryland 21230 (844) 388-3842 https://evolutionhealthcare.com/
Medio de Financiación	Auto-aseguramiento – El beneficio es autoasegurado
Elegibilidad	Generalmente, los empleados que trabajan un promedio de 30 hora(s) por semana. cónyuge Dependiente / Niño pareja de hecho Los participantes anteriores deben estar inscritos en el plan médico principal del grupo Evolution Healthcare del empleador. La HRA no puede estar unida a ningún otro plan

	médico principal ni puede ser elegida como un plan independiente.
Los empleados excluidos de la cobertura	no Aplicable
Período de Espera	No hay período de espera antes de que un empleado es elegible para participar.
Fecha de vigencia de la cobertura	La cobertura del Plan comienza first of the month following or coinciding with 30 days.
Terminación de Cobertura	La cobertura del Plan terminará al final del mes en el que termina su empleo o ya no es un empleado elegible bajo las disposiciones del plan.

Guardian Dental Plan	
Información del Proveedor o administrador del programa	Guardian PO Box 2459 Spokane, Washington 99210 (800) 541-7846 https://www.guardiananytime.com
Medio de Financiación	Auto-aseguramiento – El beneficio es autoasegurado
Elegibilidad	Generalmente, los empleados que trabajan un promedio de 30 hora(s) por semana. cónyuge Dependiente / Niño pareja de hecho
Los empleados excluidos de la cobertura	no Aplicable
Período de Espera	No hay período de espera antes de que un empleado es elegible para participar.
Fecha de vigencia de la cobertura	La cobertura del Plan comienza first of the month following or coinciding with 30 days.
Terminación de Cobertura	La cobertura del Plan terminará al final del mes en el que termina su empleo o ya no es un empleado elegible bajo las disposiciones del plan.

VSP Vision Plan	
Información del Proveedor o administrador del programa	VSP 052557 (Contract Number) 3333 Quality Drive Rancho Cordova, California 95670 (800) 877-7195 https://www.vsp.com

Medio de Financiación	Totalmente Asegurado – El beneficio está totalmente asegurada por el proveedor arriba mencionado
Elegibilidad	Generalmente, los empleados que trabajan un promedio de 30 hora(s) por semana. cónyuge Dependiente / Niño pareja de hecho
Los empleados excluidos de la cobertura	no Aplicable
Período de Espera	No hay período de espera antes de que un empleado es elegible para participar.
Fecha de vigencia de la cobertura	La cobertura del Plan comienza first of the month following or coinciding with 30 days.
Terminación de Cobertura	La cobertura del Plan terminará al final del mes en el que termina su empleo o ya no es un empleado elegible bajo las disposiciones del plan.

New York Life Group Life Plan	
Información del Proveedor o administrador del programa	New York Life Insurance Company SGM 608582 (Contract Number) 51 Madison Avenue New York, New York 10010 (800) 265-5695 https://www.newyorklife.com/
Medio de Financiación	Totalmente Asegurado – El beneficio está totalmente asegurada por el proveedor arriba mencionado
Elegibilidad	Generalmente, los empleados que trabajan un promedio de 30 hora(s) por semana. Spouse, Dependent/Child and Domestic Partners are eligible for coverage under the Voluntary Life Plan.
Los empleados excluidos de la cobertura	no Aplicable
Período de Espera	No hay período de espera antes de que un empleado es elegible para participar.
Fecha de vigencia de la cobertura	La cobertura del Plan comienza first of the month following or coinciding with 30 days.
Terminación de Cobertura	La cobertura del Plan terminará el día en que termina su empleo o ya no es un empleado elegible bajo las disposiciones del plan.

New York Life Accidental Death & Dismemberment Plan

Información del Proveedor o administrador del programa	New York Life Insurance Company SOK606307 (Contract Number) 51 Madison Avenue New York, New York 10010 (800) 265-5695 https://www.newyorklife.com/
Medio de Financiación	Totalmente Asegurado – El beneficio está totalmente asegurada por el proveedor arriba mencionado
Elegibilidad	Generalmente, los empleados que trabajan un promedio de 30 hora(s) por semana. cónyuge Dependiente / Niño pareja de hecho Spouse, Dependent/Child and Domestic Partners are eligible for coverage under the Voluntary AD&D Plan.
Los empleados excluidos de la cobertura	no Aplicable
Período de Espera	No hay período de espera antes de que un empleado es elegible para participar.
Fecha de vigencia de la cobertura	La cobertura del Plan comienza first of the month following or coinciding with 30 days.
Terminación de Cobertura	La cobertura del Plan terminará el día en que termina su empleo o ya no es un empleado elegible bajo las disposiciones del plan.

New York Life Short-Term Disability Plan	
Información del Proveedor o administrador del programa	New York Life Insurance Company SGD613362 (Contract Number) 51 Madison Avenue New York, New York 10010 (800) 265-5695 https://www.newyorklife.com/
Medio de Financiación	Totalmente Asegurado – El beneficio está totalmente asegurada por el proveedor arriba mencionado
Elegibilidad	Generalmente, empleados que viven fuera de California y que trabajan un promedio de 30 horas por semana
Los empleados excluidos de la cobertura	Empleados que viven en California
Período de Espera	No hay período de espera antes de que un empleado es elegible para participar.
Fecha de vigencia de la cobertura	La cobertura del Plan comienza first of the month following or coinciding with 30 days.
Terminación de Cobertura	La cobertura del Plan terminará el día en que termina su empleo o ya no es un empleado elegible bajo las disposiciones del plan.

New York Life Long-Term Disability Plan	
Información del Proveedor o administrador del programa	New York Life Insurance Company SGD609172 (Contract Number) 51 Madison Avenue New York, New York 10010 (800) 265-5695 https://www.newyorklife.com/
Medio de Financiación	Totalmente Asegurado – El beneficio está totalmente asegurada por el proveedor arriba mencionado
Elegibilidad	Generalmente, los empleados que trabajan un promedio de 30 hora(s) por semana.
Los empleados excluidos de la cobertura	no Aplicable
Período de Espera	No hay período de espera antes de que un empleado es elegible para participar.
Fecha de vigencia de la cobertura	La cobertura del Plan comienza first of the month following or coinciding with 30 days.
Terminación de Cobertura	La cobertura del Plan terminará el día en que termina su empleo o ya no es un empleado elegible bajo las disposiciones del plan.

Health Care Flexible Spending Account	
Información del Proveedor o administrador del programa	Benefit Resource, Inc. 245 Kenneth Dr Rochester, New York 14623 (585) 424-5200 https://www.benefitresource.com
Medio de Financiación	Auto-aseguramiento – El beneficio es autoasegurado
Elegibilidad	Generalmente, los empleados que trabajan un promedio de 30 hora(s) por semana. Los participantes anteriores deben ser elegible para inscribirse en el plan de salud grupal primario del Empleador.
Los empleados excluidos de la cobertura	no Aplicable
Período de Espera	No hay período de espera antes de que un empleado es elegible para participar.
Fecha de vigencia de la cobertura	La cobertura del Plan comienza first of the month following or coinciding with 30 days.
Terminación de Cobertura	La cobertura del Plan terminará el día en que termina su empleo o ya no es un empleado elegible bajo las disposiciones del plan.

Dependent Care Reimbursement Account (DCRA) Plan	
Información del Proveedor o administrador del programa	Benefit Resource Inc 245 Kenneth Drive Rochester, New York 14623 (866) 996-5200 https://www.benefitresource.com
Medio de Financiación	Auto-aseguramiento – El beneficio es autoasegurado
Elegibilidad	Generalmente, los empleados que trabajan un promedio de 30 hora(s) por semana.
Los empleados excluidos de la cobertura	no Aplicable
Período de Espera	No hay período de espera antes de que un empleado es elegible para participar.
Fecha de vigencia de la cobertura	La cobertura del Plan comienza first of the month following or coinciding with 30 days.
Terminación de Cobertura	La cobertura del Plan terminará el día en que termina su empleo o ya no es un empleado elegible bajo las disposiciones del plan.

Para all Employees, el empleador utilizará un método de medición especial (llamado el método de "mirar hacia atrás") para determinar si cada empleado tiene las horas suficientes de servicio para calificar como empleado a tiempo completo para los fines de elegibilidad para el Plan de salud de grupo, basado en normas 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 "mirar hacia atrás", el empleador calcula las horas de servicio de cada empleado durante un período de tiempo anterior (llamado el "período de medición") para determinar el estado del empleado durante un período futuro (llamado el "período de estabilidad"). El empleador también puede utilizar un periodo de tiempo adicional (llamado el "período administrativo"), entre el período de medición y el período de estabilidad, para completar las funciones administrativas, tales como la determinación de cuáles de los empleados son elegibles para la cobertura e inscribiéndoles al Plan. Los detalles de cada uno de estos períodos y las reglas para contar las horas de servicio están disponibles a petición del administrador del plan. El Administrador del Plan determinará el estado de los empleados a tiempo completo a su única y absoluta discreción, de conformidad al Plan y las provisiones aplicables del la responsabilidad compartida del empleador de la ACA y las normas suplementarias. Esta información de elegibilidad está disponible a petición del Administrador del Plan.

Bajo "ERISA," el administrador del Plan de salud de grupo puede que ejerza responsabilidades fiduciarias con respecto a la distribución de dividendos, el cambio de una compañía mutual a una de accionistas y reembolsos por razón de pérdidas médicas de las aseguradoras de salud grupal. Parte, o la totalidad, de cualquier reembolso puede ser un activo del

Plan que tiene que ser utilizado para el beneficio de los participantes cubiertos por la póliza. Los participantes deben comunicarse con el administrador del plan directamente para obtener información sobre cómo se utilizará el reembolso.

CÓMO INSCRIBIRSE EN EL PLAN

El Administrador del Plan establecerá los procedimientos de acuerdo con cada tipo de cobertura para la inscripción de los empleados elegibles, sus cónyuges o dependientes, si lo hubiera, y comunicará estos procedimientos a los empleados elegibles. El Administrador del Plan establecerá los formularios de inscripción que deben ser completados por un plazo determinado antes del comienzo de la cobertura bajo el Plan.

SE PROHÍBE LA DISCRIMINACIÓN EN FUNCIÓN DE FACTORES RELACIONADOS CON LA SALUD

Una ley federal, la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros de Salud de 1996 ("HIPAA"), prohíbe que los planes de salud discriminen en contra de cualquier participante o dependiente, en cuanto a los requisitos de elegibilidad para participar en un Plan, en función de un factor relacionado con la salud. Por consiguiente, los beneficios provistos por el Plan estarán disponibles para todas las personas en situaciones similares. Cualquier restricción a los beneficios se aplicará de manera uniforme a todas las personas en situaciones similares y no se puede dirigir a una persona en particular en función de un factor relacionado con la salud. El Plan puede: (i) limitar o excluir beneficios experimentales o que no son médicamente necesarios, (ii) requerir que una persona pague un deducible, copago, coseguro u otro requisito de costo compartido con el fin de obtener un beneficio, siempre y cuando todos los límites, exclusiones o requisitos de costos compartidos se apliquen de manera uniforme a todas las personas en situaciones similares y no sean dirigidos a una persona en particular en función de un factor relacionado a la salud.

DISPOSICIONES DE PRIVACIDAD DE LA HIPAA

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

Ni este plan ni el empleador utilizará ni divulgará a su vez información que está protegida por la ley HIPAA ("información de salud protegida") salvo que sea necesario para el tratamiento, pago, operaciones del plan de salud y de la administración del plan, o según lo permita o exija la ley. Por ley, el Plan requiere que todos sus socios comerciales también observen las reglas de privacidad de la HIPAA. En particular, el Plan sin autorización, no usará ni divulgará información de salud protegida para acciones y decisiones relacionadas con el empleo o en relación con cualquier otro beneficio o plan de beneficios del empleador.

Bajo la HIPAA, usted tiene ciertos derechos con respecto a su información de salud protegida, incluyendo ciertos derechos para ver y copiar información, recibirá un informe de ciertas divulgaciones de la información y, bajo ciertas circunstancias, enmendar la información. Usted también tiene el derecho de presentar una queja ante el Plan, su compañía de seguros, o con el Ministro del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU., si usted cree que sus derechos bajo HIPAA han sido violados.

DERECHOS ESPECIALES DE INSCRIPCIÓN

Si usted rehusó la inscripción para usted, su cónyuge o dependientes debido a otra cobertura de seguro médico o plan de salud de grupo, es posible que pueda inscribirse e inscribir a su cónyuge y dependientes en este plan si usted o su cónyuge o dependientes pierden la elegibilidad para la otra cobertura (o si el empleador deja de contribuir para su cobertura, la de su cónyuge o de otros Dependientes). Sin embargo, usted debe solicitar la inscripción dentro de los 30 días después de que su cobertura, la de su cónyuge o de otros 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 de matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción, es posible que pueda inscribirse e inscribir a su cónyuge y dependientes. Sin embargo, usted debe solicitar la inscripción dentro de los 30 días posteriores al matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción.

Si usted, su cónyuge o dependientes son elegibles, pero no están inscritos en el Plan Médico del Grupo en el Apéndice A usted puede inscribirse si:

- La cobertura de Medicaid o el Programa de Seguro Médico para Niños ("CHIP") se termina como resultado de la pérdida de la elegibilidad y usted solicita cobertura bajo el Plan Médico del Grupo que se enumera en el Apéndice A en los 60 días siguientes a la terminación, o
- Usted, su cónyuge o dependiente es elegible para recibir un subsidio de asistencia para las primas bajo Medicaid o CHIP y usted solicita cobertura bajo el Plan Médico del Grupo que se enumera en el Apéndice A en los 60 días después de que se determina la elegibilidad.

Las reglas especiales de inscripción no se aplican a los beneficios dentales o de la vista limitados o a ciertas cuentas de gastos flexibles para atención médica (por ejemplo, las cuentas de gastos que limitan los beneficios por las cantidades de reducción salarial del empleado).

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

ÓRDENES DE MANUTENCIÓN MÉDICA INFANTIL CALIFICADA

Una orden de manutención médica infantil calificada ("QMCSO, siglas en inglés") es una orden dictada en virtud de la ley de relaciones domésticas del estado por un tribunal o una agencia estatal autorizada por la ley estatal para emitir órdenes de manutención infantil que requiere un

plan de salud de grupo para dar cobertura a un hijo o hijos de un empleado. El Administrador del Plan debe cumplir con los términos de cualquier QMCSO que recibe, y deberá:

- (a) Establecer procedimientos razonables para determinar si una orden de manutención médica infantil es una QMCSO (estos procedimientos están disponibles, de forma gratuita, para los participantes y beneficiarios que lo soliciten al Administrador del Plan);
- (b) Notificar sin demora al Empleado y al niño (o al tutor del niño) de la recepción de cualquier orden de manutención médica infantil y los procedimientos del plan médico de grupo para determinar si una orden de manutención médica infantil es una QMCSO; y
- (c) En un plazo de tiempo razonable después de la recepción de dicha orden, determinar si tal orden es una QMCSO y notificar al empleado y al niño de dicha determinación.

PROGRAMAS ESTATALES DE MEDICAID

La elegibilidad para la cobertura o la inscripción en un programa Estatal de Medicaid no afectará su elegibilidad, de dependientes o de un cónyuge en este Plan. El pago de los beneficios se realizará de conformidad con cualquier asignación de derechos como lo requiere cualquier programa estatal de Medicaid.

Si un programa de bienestar social disponible bajo este Plan contiene disposiciones relativas a la coordinación de beneficios con programas estatales de Medicaid, el idioma en el material impreso para dicho Programa de Bienestar gobernará a menos que el lenguaje no cumpla con las leyes y reglamentos aplicables.

REGLAS ESPECIALES PARA COBERTURA POR MATERNIDAD Y PARA EL RECIÉN NACIDO

Los planes de salud de grupo y emisores de seguro de salud en general no pueden, según la ley federal, restringir los beneficios para la duración de la estancia hospitalaria 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 en general no prohíbe que el proveedor a cargo o al médico, a instancias de su madre, de el alta a la madre o al recién nacido antes de las 48 horas (o 96 horas según el caso). En cualquier caso, los planes y los emisores no pueden, según la ley federal, que requiere que un proveedor obtenga autorización del plan o el emisor de la prescripción de la duración de la estancia que no exceda de 48 horas o 96 horas, según sea el caso.

REGLA ESPECIAL PARA LA COBERTURA DE LA SALUD DE LA MUJER

La Ley de Derechos de Salud y Cáncer de la Mujer de 1998 exige que los planes de salud de grupo, los emisores de seguros y las HMO que ya ofrecen beneficios médicos y quirúrgicos para los procedimientos de mastectomía proporcionen cobertura de seguro para la cirugía

reconstructiva después de una mastectomía. Esta cobertura ampliada incluye (i) la reconstrucción de la mama sobre la que se ha realizado la mastectomía, (ii) cirugía y reconstrucción del otro seno para producir una apariencia simétrica, y (iii) prótesis y tratamiento de complicaciones físicas en todas las etapas de la mastectomía, incluyendo el linfedema. Estos procedimientos pueden estar sujetos a los deducibles anuales y a las disposiciones de coaseguro que son similares a las que se aplican a otros beneficios bajo el plan o cobertura. Para obtener respuestas a preguntas específicas sobre la norma de su plan de salud en particular, póngase en contacto con el Administrador del Plan.

LEY DE NO DISCRIMINACIÓN POR INFORMACIÓN GENÉTICA DE 2008

La Ley de No Discriminación por Información Genética de 2008 (“GINA”, siglas en inglés) protege a los empleados de la discriminación basada en la información genética. A menos que esté permitido, su Empleador no le puede pedir o exigir a usted o su familia ningún tipo de información genética.

PARIDAD DE LA SALUD MENTAL

La ley de Paridad de Salud Mental y Equidad para la Adicción de 2008 generalmente requiere que los planes de salud grupal y los emisores de seguro de salud garanticen que los requisitos financieros (como copagos y deducibles) y las limitaciones de tratamiento (como las visitas anuales) aplicables a los beneficios de trastornos de salud mental o de uso de sustancias no sean más restrictivos que los requisitos o limitaciones predominantes que se aplican a casi todos los beneficios médicos y quirúrgicos.

COBERTURA DE SALUD DURANTE LICENCIA SIN GOCE DE SUELDO SEGÚN LA LEY FMLA

Si su empleador tiene al menos 50 empleados dentro de 75 millas de su sitio de trabajo y usted toma una licencia de ausencia sin goce de sueldo aprobada que califica como licencia familiar y médica bajo la Ley de Permiso Médico y Familiar de 1993 (“FMLA”), puede continuar recibiendo la cobertura de salud de grupo para usted, su cónyuge y Dependientes cubiertos. La cobertura terminará al final de su período de licencia FMLA si no regresa de la licencia, o en la fecha que avise que usted no va a regresar de su licencia FMLA, y usted puede entonces ser elegible para la cobertura de continuación COBRA (como se describe a continuación). Para recibir cobertura del plan de salud grupal durante licencia sin goce de sueldo según la FMLA, usted debe continuar pagando la parte de la prima. Deberá comunicarse con el Administrador del Plan para hacer los arreglos para el pago de primas durante licencia sin goce de sueldo según la FMLA. Si usted no continúa su cobertura del plan de salud de grupo o de otros tipos de cobertura durante licencia sin goce de sueldo según la FMLA, sus coberturas serán reintegradas cuando regrese de la licencia FMLA. Para obtener información adicional acerca de la cobertura del Plan durante la licencia FMLA, póngase en contacto con el Administrador del Plan.

Pueden aplicar otros derechos de licencia familiar y médica o licencia por enfermedad en virtud de la ley estatal. Comuníquese con el Administrador del Plan para obtener más información.

PLAN DE BIENESTAR

Su empleador se compromete a ayudarlo a alcanzar el mejor estado de salud. Por eso, hemos creado un plan de bienestar para mejorar y promover su salud y estado físico. Completar alguno de los programas del plan de bienestar puede resultar en un premio, tal como una reducción en su costo de contribución al plan de salud, y del de su cónyuge, si es que participa del programa de bienestar.

Si cree que no puede lograr alguno de los estándares para obtener un premio bajo un programa de bienestar en particular, usted tal vez puede calificar para obtener el mismo premio por otros medios. Comuníquese con (925) 456-2300 y trabajaremos con usted (y si lo desea, con su doctor) para encontrar un programa de bienestar que ofrezca el mismo premio y que sea apropiado para usted.

Medical plan members have the opportunity to earn an additional \$200 - \$400 in their employer sponsored Health Reimbursement Account (HRA) by completing an annual routine preventive exam.

Para obtener más información sobre el plan de bienestar, por favor, comuníquese con el Administrador del Plan o consulte la sección de beneficios del plan en sus documentos.

DERECHOS DE REEMPLERO DE LAS FUERZAS ARMADAS

Su derecho a la continuación de la participación en un plan de salud de grupo durante los permisos de ausencia por servicio militar activo está protegido por la Ley de Derechos de Empleo y Reemplero de los Servicios Uniformados ("USERRA"). Por lo tanto, si usted está ausente de su trabajo debido a un período de servicio activo en las fuerzas armadas puede optar por continuar su cobertura del plan de salud de grupo. Si se ausenta por menos de 31 días, tendrá que pagar la cuota de empleado regular del costo de la cobertura de salud. Si la ausencia es por 31 días o más, el costo de la continuación de la cobertura de no podrá superar el 102% del costo total de su cobertura de salud.

La continuación de la cobertura terminará en lo que suceda primero de lo siguiente:

- El último día del período de 24 meses a partir del primer día de ausencia militar, o
- La fecha en que usted no puede solicitar el reemplero, según lo dispuesto en la ley USERRA, después de regresar de la licencia militar.

La cobertura de continuación de USERRA se considera una cobertura alternativa para los efectos de COBRA. Por lo tanto, si usted opta por la cobertura de continuación de USERRA, la cobertura de COBRA generalmente no estará disponible.

Los beneficios durante un período de licencia militar deben ser tan generosos como los beneficios disponibles para los empleados en situaciones similares en permisos de ausencia

aprobados por el empleador (por ejemplo, permiso de ausencia por problemas familiares y médicos).

CONTINUACIÓN DE COBERTURA BAJO COBRA

Según una ley federal denominada COBRA ("Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria"), se requiere que los planes de salud de grupo de la mayoría de los empleadores con 20 o más empleados ofrezcan a los empleados cubiertos, sus cónyuges cubiertos y a sus dependientes, la oportunidad de hacer elecciones separadas para extender temporalmente la cobertura de salud de grupo a tarifas de grupo después que la cobertura bajo el Plan pueda de otro modo terminar. Esta extensión se llama continuación de la cobertura bajo la ley COBRA. Prueba de su buen estado de salud no es necesaria para esta extensión. Las parejas de hecho deben ponerse en contacto con el Administrador del Plan para discutir la elegibilidad para la cobertura de continuación.

Como empleado cubierto bajo el Plan, usted tiene el derecho de elegir la cobertura de continuación COBRA si pierde la cobertura de salud (o de pago de primas o contribuciones para aumentar la cobertura de salud) porque:

- Sus horas de empleo se reducen;
- Su relación laboral termina por causas distintas a una falta grave; o
- El empleador inicia un procedimiento de quiebra bajo el Título XI, si usted es un empleado jubilado.

Su cónyuge puede elegir la continuación de la cobertura de salud de si él o ella pierde la cobertura de salud (o pagos de primas o contribuciones para aumentar la cobertura de salud) bajo el Plan debido a que:

- Su relación laboral termina por causas distintas a una falta grave, o sus horas de trabajo se reducen;
- Usted fallece;
- Usted se divorcia o se separa legalmente;
- Se inscribe en Medicare (Parte A o B); o
- El empleador inicia un procedimiento de quiebra bajo el Título XI, y se le retiró.

Su hijo dependiente podrá continuar la cobertura de salud si él o ella pierde la cobertura de salud (o pagos de primas o contribuciones para aumentar la cobertura de salud) bajo el Plan debido a que:

- Él o ella pierde el estado de dependiente bajo el plan;
- Su relación laboral se termina por causas distintas a una falta grave, o sus horas de trabajo se reducen;

- Usted fallece;
- Usted y su cónyuge se divorcian o se separa legalmente;
- Se inscribe en Medicare (Parte A o B); o
- El empleador inicia un procedimiento de quiebra bajo el Título XI, y se le retiró.

Un niño nacido, adoptado por, o colocado en adopción con el empleado cubierto durante el período de cobertura de continuación podría también tener derecho a elegir la cobertura de continuación COBRA. Tal período de cobertura del niño será determinado de acuerdo con la fecha del evento calificador que dio origen a la cobertura de COBRA del empleado cubierto. Usted debe notificar al administrador del plan dentro de 30 días y proporcionar documentación de apoyo.

Bajo COBRA, usted (o su cónyuge o hijos dependientes, si corresponde) debe notificar al Administrador del Plan mediante la presentación de una notificación de cambio de estado con el Administrador del Plan dentro de los 60 días después:

- Usted y su cónyuge está divorciado o separado legalmente; o
- Uno de sus hijos pierde el estado de dependiente bajo el plan.

Usted (o su cónyuge o hijo dependiente, si corresponde), será notificado del derecho a elegir la continuación de la cobertura de salud de y el costo de hacerlo. La fecha límite para la elección continuación de la cobertura de salud de es de 60 días posteriores a la fecha que el Plan deja de cubrir a usted, a su cónyuge o hijo dependiente, o 60 días a partir de la fecha en que usted, su cónyuge o hijo dependiente se le notifique de sus derechos de elección de COBRA, el que sea más tarde.

Si usted (o su cónyuge o hijos dependientes, si corresponde) no elige la continuación de la cobertura, su cobertura de salud parará. Si usted (o su cónyuge o hijos dependientes, si corresponde) elijen continuar con la cobertura de salud, el plan proporcionará cobertura médica idéntica a la que está disponible para los empleados activos en situación similar, incluyendo la oportunidad de elegir entre las opciones disponibles durante un período de inscripción abierta. Sin embargo, usted (o su cónyuge o hijos dependientes, si corresponde) debe pagar por esta cobertura. La prima de COBRA no superará el 102% de la prima total pagada por usted y su empleador para ese nivel de cobertura. Hay un período de gracia de al menos 30 días para el pago de la prima programada regularmente.

Si el evento de calificación original, que causa la pérdida de la cobertura de salud fue el fallecimiento del empleado, divorcio, separación legal, derecho a Medicare, o pérdida del "estado de dependiente" de un hijo dependiente bajo el Plan, entonces cada beneficiario calificado tendrá la oportunidad de elegir 36 meses de continuación de cobertura desde la fecha del evento que califica. Si usted (o su cónyuge o hijos dependientes, si corresponde) pierde la cobertura de salud bajo el plan debido a que su empleo se terminó o sus horas de empleo se redujeron (y no inmediatamente seguidas de la terminación del empleo), en ese caso, el período máximo de continuación será de 18 meses a partir de la fecha del evento que califica. (Si la cobertura se pierde en una fecha posterior a la fecha del evento que califica y el Plan mide el período máximo de

cobertura y plazo de notificación desde la fecha de la pérdida de cobertura de salud, entonces el período máximo de continuación será de 18 meses a partir de la fecha de la pérdida de la cobertura de salud.) Si durante esos 18 meses, otro evento de calificación se lleva a cabo, que le permita a su cónyuge (o hijos dependientes, si corresponde) para la continuación de la cobertura de salud, la cobertura de continuación de su cónyuge (o continuación de la cobertura del hijo dependiente, si corresponde) podrán prorrogarse por otro 18 meses. Usted debe asegurarse que el Administrador del Plan / Administrador de COBRA sea notificado del segundo evento de calificación dentro de los 60 días del segundo evento de calificación. En ningún caso, la continuación de cobertura de salud de su cónyuge (o continuación de la cobertura de salud de su hijo dependiente, si corresponde) se extienden por más de un total de 36 meses a partir de la fecha del evento inicial. Si su cónyuge cubierto y / o hijo dependiente pierden la cobertura debido a su terminación de empleo (por razones distintas a una falta grave) o la reducción de horas y dicha pérdida se produce dentro de los 18 meses después de su inscripción en Medicare, entonces el período máximo de continuación de cobertura para su Cónyuge e hijos a dependientes será de 36 meses desde la fecha de inscripción en Medicare.

La discapacidad es un tema especial. Si la Administración del Seguro Social determina que usted (o su cónyuge o hijos dependientes, si corresponde) están discapacitados en algún momento durante los primeros 60 días del período de continuación de la cobertura de salud, o en el caso de un niño nacido de, adoptado por o colocado puesto para adopción con un empleado cubierto durante un período de cobertura de COBRA, durante los primeros 60 días después del nacimiento, la adopción de un niño o colocación para adopción, entonces su período de cobertura de continuación, así como los períodos de continuación de su Cónyuge y cualquier dependiente pueden extenderse desde 18 hasta 29 meses. El empleador puede cobrar hasta el 150% de la prima total pagada por usted y el empleador durante este período extendido. Para calificar, usted (o su cónyuge o hijos dependientes, si corresponde) debe notificar al Administrador del Plan por escrito dentro de los 60 días siguientes a la fecha de la determinación de la Administración del Seguro Social, y durante el período inicial de la continuación de cobertura de 18 meses. Su notificación por escrito debe incluir su nombre, número de Seguro Social, e indicar que tiene la continuación de cobertura bajo el Plan. Si hay una determinación final que el beneficiario calificado ya no está discapacitado, el Administrador del Plan debe ser notificado dentro de los 30 días siguientes a la determinación por parte del beneficiario calificado, y cualquier cobertura de salud extendida más allá del máximo que de otro modo se aplicaría será terminada para todos los beneficiarios calificados.

En ciertas circunstancias, la bancarrota bajo el Título XI del Empleador le dará derecho a la continuación de la cobertura de salud. Si el evento de calificación que causa la pérdida de la cobertura de salud fue la quiebra del empleador en virtud del Título XI, en ese caso, cada empleado retirado cubierto tendrá la oportunidad de recibir continuación de la cobertura de salud hasta el fallecimiento del empleado jubilado cubierto. Los cónyuges cubiertos, cónyuges sobrevivientes y dependientes del empleado jubilado cubierto tendrán la oportunidad de elegir la continuación de la cobertura de salud por un período que finalizará 36 meses después del fallecimiento del empleado jubilado o en caso de fallecimiento del beneficiario calificado, lo que ocurra primero.

Su derecho a la continuación de la cobertura de salud (o de su cónyuge, hijo dependiente, si corresponde) bajo COBRA termina si:

- El empleador deja de proporcionar cobertura de salud de grupo a cualquiera de sus empleados;
- Usted (o su cónyuge o hijos a cargo, en su caso) no paga la prima dentro de los 30 días después de su fecha de vencimiento mensual;
- Usted (o su cónyuge o hijos dependientes, si corresponde) tiene cobertura, después de la fecha de su elección de COBRA bajo otro plan de salud de grupo, incluyendo un plan del gobierno, que no contenga ninguna exclusión o limitación con respecto a cualquier enfermedad preexistente de dicho beneficiario calificado (que no sea una exclusión o limitación que pueda quedar sin efecto conforme a la ley);
- Usted (o su cónyuge o hijos dependientes, si corresponde) tiene derecho a Medicare después de la fecha de la elección de COBRA;
- Usted (o su cónyuge o hijos dependientes, si corresponde) han ampliado la continuación de la cobertura debido a una discapacidad y entonces se determina por la Administración del Seguro Social que ya no son personas con discapacidad;
- El período máximo de continuación de COBRA requerido termina; o
- Para esta causa, como la presentación de reclamos fraudulentos, que daría lugar a la terminación de la cobertura para los empleados activos en situación similar.

Con el fin de proteger los derechos de su familia, deberá mantener informado al Administrador del Plan / al Administrador de COBRA de cualquier cambio en las direcciones de los miembros de su familia. Usted también deberá mantener una copia de cualquier notificación que le envíe el Plan o el Administrador de COBRA.

En lugar de inscribirse en la cobertura de continuación COBRA, puede haber otras opciones de cobertura para usted y su familia a través del mercado de seguros de salud, Medicaid, u otras opciones de cobertura del plan de salud de grupo (como el plan para el cónyuge) a través de lo que se llama un "período de inscripción especial." Algunas de estas opciones pueden costar menos que la cobertura de continuación COBRA. Usted puede aprender más acerca de muchas de estas opciones en www.healthcare.gov.

Derechos adicionales de continuación pueden aplicar bajo la ley estatal. Contacte al Administrador del plan para obtener más información.

PROCEDIMIENTOS DE RECLAMOS PARA EL PLAN

Con excepción de lo dispuesto a continuación, los reclamos por beneficios bajo cada plan que está asegurado o auto asegurado se revisarán de acuerdo con los procedimientos contenidos en las políticas, los contratos, las descripciones resumidas del plan u otros materiales escritos para dichos beneficios del Plan. Todos los otros reclamos generales y solicitudes deben dirigirse al Administrador de Reclamos. Si un reclamo bajo el Plan se niega en su totalidad o en parte, el Administrador de reclamos le notificará a usted o a su beneficiario por escrito dicha negación dentro de los 90 días de la recepción del reclamo. (Este período puede extenderse hasta 180 días bajo ciertas circunstancias.) La notificación incluirá las razones de la negación, con referencia a

las disposiciones específicas del Plan en que se basó la denegación, una descripción de cualquier información adicional necesaria para procesar el reclamo y una explicación del procedimiento de revisión de reclamos. Dentro de los 60 días siguientes a la recepción de la notificación de la denegación, usted o su beneficiario puede presentar una solicitud por escrito para que se reconsidere la solicitud ante el Administrador de Reclamos.

Toda solicitud deberá ir acompañada con los documentos o registros en apoyo de su apelación. Usted o su beneficiario puede revisar los documentos pertinentes y presentar los temas y comentarios por escrito. El Administrador de reclamos revisará el reclamo y, en el plazo de 60 días, dará una respuesta por escrito a la apelación. (Este plazo podrá ampliarse hasta 120 días adicionales bajo ciertas circunstancias.) En esta respuesta, el Administrador de Reclamos le explicará el motivo de la decisión, con referencia específica a las disposiciones del Plan en que se basa la decisión. El Administrador de Reclamos tiene el derecho exclusivo de interpretar las disposiciones del Plan. Las decisiones del Administrador de Reclamos son definitivas, concluyentes y vinculantes.

PROCEDIMIENTOS DE RECLAMOS POR BENEFICIOS BASADOS EN LA DETERMINACIÓN DE DISCAPACIDAD

El siguiente procedimiento de reclamos, será aplicable específicamente a reclamos hechos en el marco del Plan de beneficios basados en una determinación de discapacidad. En la medida que este procedimiento es inconsistente con el procedimiento de reclamos contenido en las políticas, los contratos, las descripciones resumidas del plan u otros materiales escritos para dichos planes, el procedimiento de reclamos en las demás políticas, contratos, descripciones resumidas del plan u otros materiales escritos reemplazará a este procedimiento, siempre y cuando dicho procedimiento de reclamos cumpla con las regulaciones del Departamento de Trabajo.

Si se rechaza de manera total o parcial una reclamación en virtud del Plan para un beneficio en función de la determinación de discapacidad, usted o su beneficiario recibirán una notificación por escrito respecto de la denegación de la reclamación. Esta denegación de la reclamación explicará los motivos de la denegación, hará referencia a la disposición del Plan que respalda dicha denegación y proporcionará una descripción de los procedimientos de apelación del Plan. Además, el debate sobre la denegación de la reclamación incluirá lo siguiente:

- si corresponde, una explicación que describa por qué se difiere o no se siguen las opiniones de los profesionales de la salud o expertos profesionales, o por qué se está en desacuerdo con una determinación de beneficios por discapacidad emitida por la Administración del Seguro Social;
- las reglas internas, las directrices, los protocolos, las normas o demás criterios similares del Plan que se utilizaron para fundamentar la denegación de la reclamación (o una declaración que explique que dichas reglas, directrices, protocolos, normas o criterios similares no existen); y
- una declaración que explique que el reclamante tiene derecho, a solicitud y de manera gratuita, a acceder de forma razonable a todos los documentos, registros y demás información pertinente a su reclamación de beneficios y a recibir todas las

copias de estos, y, si corresponde, a recibir una explicación del criterio médico o científico utilizado para tomar la determinación, mediante la aplicación de los términos del plan a las circunstancias médicas del reclamante (o una declaración que explique que dicha explicación se proporcionará de forma gratuita a solicitud).

Usted recibirá un aviso sobre la denegación del beneficio en el transcurso de un plazo razonable, a más tardar 45 días después de que el Administrador de Reclamaciones haya recibido la reclamación. El Administrador de Reclamos podrá ampliar dicho plazo hasta por 30 días adicionales, siempre y cuando el Administrador de Reclamos determine que la prórroga es necesaria debido a problemas fuera del control del Administrador de Reclamos y el reclamante es notificado de la prórroga antes de la finalización del período inicial de 45 días y también es notificado de la fecha en que el Administrador de reclamos espera tomar una decisión. La prórroga de 30 días puede ser prorrogada por un período adicional de 30 días si el Administrador de Reclamos determina que, por cuestiones ajenas a su voluntad, no puede tomar la decisión en el plazo prorrogado 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 Reclamos espera tomar una decisión.

La notificación de la extensión explicará las normas en que se basa el derecho a un beneficio, los problemas no resueltos que impiden que una decisión sobre el reclamo y la información adicional, si la hay, debe presentar. Si debe proporcionar información adicional, se le proporcionará con al menos 45 días para que proporcione la información adicional. El período a partir del cual se le notifica de la información adicional requerida hasta la fecha en que usted responde no se cuenta como parte del período de determinación.

Usted tendrá 180 días para apelar una determinación adversa de beneficios. A solicitud y de manera gratuita, usted tiene derecho a acceder de forma razonable a todos los documentos, registros y demás información pertinente a su reclamación de beneficios y a recibir todas las copias de estos. Se le notificará la decisión del Administrador de Reclamaciones después de la revisión en el transcurso de un plazo razonable, a más tardar 45 días después de que el Administrador de Reclamaciones haya recibido su solicitud de apelación.

El período de 45 días podrá ser prorrogado por un período adicional de 45 días si el Administrador de Reclamos determina que circunstancias especiales (por ejemplo, la necesidad de celebrar una audiencia) requieren una extensión de tiempo. Se le proporcionará con una notificación por escrito antes de la terminación del período inicial de 45 días. Dicha notificación indicará las circunstancias especiales que requieren la extensión y la fecha en que el Administrador de Reclamos espera tomar una decisión.

PROCEDIMIENTOS PARA LOS RECLAMOS PARA LOS PLANES DE SALUD GRUPAL

Los siguientes procedimientos de reclamos se aplicarán específicamente a los reclamos hechos bajo cualquier plan de salud de grupo de este Plan. Si estos procedimientos difieren de los procedimientos de reclamación incluidos en las políticas, contratos, descripciones resumidas del plan o demás material escrito para el plan de salud grupal, los procedimientos de reclamación

incluidos en dichas políticas, contratos, descripciones resumidas del plan o demás material escrito reemplazarán estos procedimientos, siempre y cuando dichos procedimientos de reclamación cumplan con las regulaciones del Departamento de Trabajo, Título 29 del Código de Regulaciones Federales §§ 2560.503-1 y 2590.715-2719, según se apliquen al Plan.

DETERMINACIÓN DE BENEFICIOS

Reclamos posteriores al servicio

Los reclamos posteriores al servicio son los reclamos que se presenten para el pago de beneficios después de recibir atención médica. Si se rechaza su Reclamo Posterior al Servicio, usted recibirá un aviso por escrito del Administrador de Reclamos dentro de los 30 días de la recepción del reclamo, siempre y cuando toda la información necesaria se proporcione con el reclamo. El Administrador de Reclamos le notificará dentro de este período de 30 días si se necesita información adicional para procesar el reclamo y podrá solicitar una prórroga no superior a 15 días y esperar por su reclamo hasta que se reciba toda la información.

Una vez notificado de la extensión, usted entonces tiene 45 días para proporcionar esta información. Si toda la información necesaria se recibe en el plazo de 45 días y el reclamo es negado, el Administrador de Reclamos le notificará de la negación dentro de los 15 días después de que se reciba la información. Si usted no proporciona la información necesaria en el plazo de 45 días, se negará su reclamo.

Un aviso de denegación le explicará la razón de la negación, refiérase a la parte del plan de salud de grupo en la que se basa la denegación, y proporciona los procedimientos de apelación del reclamo.

Reclamaciones previas al servicio

Reclamaciones previas al servicio son aquellas reclamaciones que requieren certificación o aprobación antes de recibir atención médica. Si su reclamo fue un reclamo previo al servicio, y se presentó correctamente con toda la información necesaria, usted recibirá una notificación por escrito de la decisión del reclamo del Administrador de Reclamos dentro de los 15 días de la recepción de la reclamación. Si usted presentó un reclamo previo al servicio de forma incorrecta, el Administrador de Reclamos le notificará de la presentación inadecuada y cómo corregirlo dentro de los 5 días. Después de revisar el reclamo previo al servicio revisado, el Administrador de Reclamos le notificará de cualquier información adicional que se necesita en un plazo de 15 días, y podrá solicitar una prórroga de un tiempo no superior a 15 días y esperar por su reclamo hasta que se reciba toda la información. Una vez notificado de la extensión, usted entonces tiene 45 días para proporcionar esta información. Si toda la información necesaria se recibe en el plazo de 45 días, el Administrador de Reclamos le notificará de la determinación dentro de los 15 días después de que se reciba la información. Si usted no proporciona la información necesaria en el plazo de 45 días, se negará su reclamo. Un aviso de denegación explicará la razón de la negación, refiérase a la parte del Plan sobre la que se basa la denegación, y proporciona los procedimientos de recurso de reclamación.

Reclamos de Atención Urgente

Reclamos de atención urgente son aquellos reclamos que requieren notificación o aprobación antes de recibir atención médica, cuando el retraso en el tratamiento puede poner en peligro su vida o su salud o la capacidad de recuperarse al máximo o, en opinión de un médico con conocimiento de su estado de salud podría causar dolor intenso. En estas situaciones:

- Usted recibirá un aviso de la determinación de beneficios por escrito o por vía electrónica tan pronto como sea posible, pero no más tarde de 72 horas después de que el Administrador de Reclamos recibe toda la información necesaria, o en cualquier otro periodo de tiempo como se requiere bajo la ley federal, teniendo en cuenta la gravedad de su enfermedad.
- Notificación de la negación puede ser oral con una confirmación por escrito o electrónica a seguir dentro de los 3 días.
- Si presentó un Reclamo de Atención Urgente de forma inadecuada, el Administrador de Reclamos le notificará de la presentación inadecuada y cómo corregirla dentro de las 24 horas después de que se reciba el reclamo de atención urgente. Si se necesita información adicional para procesar el reclamo, el Administrador de Reclamos le notificará de la información necesaria dentro de las 24 horas después de la recepción del reclamo. A partir de entonces, tiene 48 horas para proporcionar la información solicitada.

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

- La recepción de la información solicitada por el Administrador de Reclamos; o
- De finalizar el período de 48 horas en el que se va a proporcionar la información adicional, si la información no se recibe dentro de ese tiempo.

Un aviso de denegación explicará la razón de la negación, refiérase a la parte del Plan sobre la que se basa la denegación, y proporciona los procedimientos de recurso de reclamación.

Reclamos de Atención Concurrente

Si un curso continuo de tratamiento fue aprobado previamente por un período de tiempo específico o el número de tratamientos, y su solicitud de extender el tratamiento es un reclamo de atención urgente como se definió anteriormente, su solicitud será decidida tan pronto como sea posible, y el Administrador de Reclamos le notificará de la decisión dentro de 24 horas después de la recepción del reclamo, siempre que su solicitud se presente al menos 24 horas antes de la finalización del tratamiento aprobado. Si su solicitud de tratamiento prolongado no se presenta al menos 24 horas antes de la finalización del tratamiento aprobado, la solicitud será tratada como un reclamo de atención urgente y decidida de acuerdo con los plazos descritos anteriormente.

Si un curso continuo de tratamiento fue aprobado previamente por un período de tiempo específico o el número de tratamientos, y usted solicita extender el tratamiento en una circunstancia

que no es urgente, su solicitud será considerada como un nuevo reclamo y decidida de acuerdo con el servicio post- o los plazos de pre-servicio, según sea el caso.

Avisos sobre la denegación de reclamación

Si su reclamación de beneficios es denegada de manera total o parcial, usted o su beneficiario recibirán una notificación respecto de dicha denegación en el transcurso del plazo correspondiente descrito anteriormente. Dicho aviso de denegación explicará los motivos de la denegación, hará referencia a la disposición del Plan que respalda la denegación y proporcionará una descripción de los procedimientos de apelación del Plan y demás información relevante sobre la decisión de la reclamación.

Cómo apelar una decisión de Reclamo

Si usted está en desacuerdo con la determinación del reclamo después de seguir los pasos anteriores, puede ponerse en contacto con el Administrador de Reclamos por escrito para solicitar formalmente una apelación. Si la apelación se refiere a un reclamo de pago, su solicitud debe incluir:

- El nombre del paciente.
- El número de identificación del plan.
- La fecha(s) de servicio(s) de la atención médica.
- El nombre del proveedor.
- La razón por la(s) que usted cree que el reclamo debe ser pagada.
- Cualquier documentación u otra información escrita que respalde su solicitud de pago del reclamo.

Su primera solicitud de apelación debe ser presentada al Administrador de Reclamos dentro de los 180 días después de recibir la denegación de la reclamación.

Proceso de Apelación

Una persona calificada, que no participó en la decisión que se apela será nombrada para decidir la apelación. Si su apelación se relaciona con asuntos clínicos, la revisión se llevará a cabo en consulta con un profesional de atención médica con la experiencia adecuada en el campo, que no participó en la determinación previa. El Administrador de Reclamos puede consultar, o buscar la participación de los expertos médicos como parte del proceso de resolución de apelación. Mediante la presentación de una apelación, usted autoriza esta referencia y el intercambio de información de la demanda relacionada con la salud. A petición y de forma gratuita usted tiene el derecho de acceso razonable y copias de todos los documentos, registros y otra información relevante a su reclamo de beneficios.

DETERMINACIÓN DE APELACIONES

Apelaciones de Reclamos Previos al Servicio y –Posteriores al Servicio

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

Para apelaciones de reclamos previos al servicio (como se define más arriba), la apelación de primer nivel se llevará a cabo y usted será notificado por el Administrador de Reclamos de la decisión dentro de los 15 días a partir de la recepción de una solicitud de apelación de un reclamo denegado. La apelación de segundo nivel se llevará a cabo y usted será notificado por el Administrador de Reclamos de la decisión dentro de los 15 días a partir de la recepción de una solicitud de revisión de la decisión de la apelación de primer nivel.

Para apelaciones de Reclamos Posteriores al Servicio (tal como se define más arriba), la apelación de primer nivel se llevará a cabo y usted será notificado por el Administrador de Reclamos de la decisión dentro de los 30 días a partir de la recepción de una solicitud de apelación de un reclamo denegado. La apelación de segundo nivel se llevará a cabo y usted será notificado por el Administrador de Reclamos de la decisión dentro de los 30 días a partir de la recepción de una solicitud de revisión de la decisión de la apelación de primer nivel.

Para los procedimientos relacionados con reclamos de atención urgente, consulte la sección "Apelaciones de reclamos de atención urgente" a continuación.

Si usted no está satisfecho con la decisión de la apelación de primer nivel del Administrador de Reclamos, usted tiene el derecho de solicitar una apelación de segundo nivel desde el Administrador de Reclamos. Su solicitud de apelación de segundo nivel debe ser presentada al Administrador de Reclamos dentro de los 60 días a partir de la recepción de la decisión de la apelación de primer nivel.

Tenga en cuenta que la decisión del Administrador de Reclamos se basa sólo en si los beneficios están disponibles bajo el Plan para el tratamiento o procedimiento propuesto. La determinación de si el servicio de salud a la espera es necesario o apropiado es entre usted y su médico.

Apelaciones de Reclamos de Atención Urgente

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

- La apelación no tiene que ser presentada por escrito. Usted o su médico deberá llamar al Administrador de Reclamos a la brevedad posible.
- El Administrador de Reclamos le proporcionará una determinación por escrito o electrónica tan pronto como sea posible, pero no más tarde de 72 horas después de la recepción de su solicitud de revisión de la determinación, tomando en cuenta la gravedad de su enfermedad.

El Administrador de Reclamos tiene el derecho exclusivo de interpretar y aplicar las disposiciones del Plan. Las decisiones del Administrador de Reclamos son concluyentes y vinculantes.

Revisión externa

Si ha realizado todos los procedimientos internos de apelación, se le ha negado cobertura continua para un tratamiento en curso o tiene un reclamo de atención urgente, usted puede tener derecho a una revisión externa de su reclamo. Consulte con el Administrador del Plan o con el Administrador de Reclamos para obtener más detalles.

SUBROGACIÓN / REEMBOLSO

Si usted presenta un reclamo de beneficios por gastos médicos en que haya incurrido que pueden ser responsabilidad de un tercero, es posible que tenga que reembolsar al Plan cualquier recuperación que reciba. Por ejemplo, si usted se lesiona en un accidente automovilístico que no es su culpa, es posible que tenga que pagar al plan por los beneficios de salud que cobró a los terceros responsables del accidente, o de su compañía de seguros, o de cualquier otra persona del que recibió pago por el accidente. Usted debe notificar al plan de cualquier reclamo que pueda tener contra terceros tan pronto como se dé cuenta del reclamo, debe firmar un acuerdo de subrogación / reembolso solicitado por el Plan, y usted debe cooperar con el Plan en todos los intentos de cobrar al tercero. Esto significa que el plan tiene el derecho de actuar en su nombre en la búsqueda de pago de la tercera parte.

Para obtener información adicional acerca de la subrogación / reembolso, póngase en contacto con el Administrador del Plan.

ENMIENDA O TERMINACIÓN DEL PLAN

El empleador espera mantener el Plan de forma indefinida, pero se reserva el derecho de enmendar o terminar el Plan si el empleador cree que la situación lo requiere. Si usted ha elegido participar en el Plan, se le notificará por escrito si hay alguna enmienda importante o si el Plan se termina. Si se termina el plan, el empleador dejará de deducir las contribuciones de su salario para pagar los programas de bienestar social. Sin embargo, todas las deducciones salariales anteriores se usarán para pagar los programas de bienestar social que usted ha elegido.

CIRCUNSTANCIAS QUE PUEDEN PROVOCAR LA PÉRDIDA DE BENEFICIOS

El Plan contiene numerosas restricciones sobre el tipo y la cantidad de beneficios pagables y las circunstancias en las que paga. Usted debe revisar los folletos de beneficios y otros materiales relevantes para obtener más información. Es posible que pierda la cobertura bajo el Plan si el empleador pone fin al Plan o lo enmienda para reducir o eliminar su cobertura. Usted puede perder el derecho a los beneficios si, entre otras cosas:

- Usted revoca su elección para participar;

- Usted termina su empleo con el empleador;
- Usted no puede hacer las contribuciones requeridas;
- Usted no presenta reclamos de beneficios de manera oportuna;
- Usted hace reclamos de beneficios fraudulentos;
- Usted deja de ser un empleado elegible; o
- El Plan termina.

RESPONSABILIDAD POR PRODUCTOS / SERVICIOS

El empleador no garantiza y no se hace responsable de la naturaleza o calidad de los productos o servicios prestados a través de cualquier proveedor de atención médica o un programa debido a que estos productos y servicios son proporcionados por personal y agencias fuera del control del Empleador.

NINGUNA GARANTÍA DE EMPLEO

El Plan no es un contrato de trabajo. Nada de lo contenido en este documento ni en el folleto de beneficios le da el derecho de ser retenido en el servicio del empleador o interfiere con el derecho del empleador a cumplir con usted o de suspender el servicio en cualquier momento.

DECLARACIÓN DE LOS DERECHOS ERISA

Como participante en el Plan, usted tiene derecho a ciertos derechos y protecciones bajo la Ley de Garantía de Ingresos por Jubilación del Empleado de 1974 ("ERISA"). ERISA establece que todos los participantes del Plan tendrán derecho a:

Recibir información sobre su plan y beneficios

Examinar, sin cargo alguno, en la oficina del Administrador del Plan y en otros lugares especificados, como los lugares de trabajo y sedes sindicales, todos los documentos que rigen el Plan, incluyendo contratos de seguros y los acuerdos de negociación colectiva, y una copia del último informe anual (Formulario serie 5500) presentado por el Plan ante el Departamento de Trabajo de EE.UU. y está disponible en la Sala de Divulgación Pública 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 seguros y los acuerdos de negociación colectiva, y copias del último informe anual (Formulario serie 5500) y el resumen descriptivo del plan. El Administrador del Plan 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 del plan con una copia de este informe anual de síntesis.

Continuar la Cobertura del Plan de Salud de Grupo

Continuar la cobertura de salud para usted, su cónyuge y dependientes si hay una pérdida de la cobertura bajo el Plan como resultado de un evento que califica. Usted, su cónyuge o dependientes es posible que tenga que pagar por dicha cobertura. Revise esta descripción resumida del plan y de los documentos que rigen el Plan sobre las normas para sus derechos de cobertura de continuación COBRA.

Acciones prudentes por los Fiduciarios del Plan

Además de crear derechos para los participantes del Plan, ERISA impone obligaciones a las personas que son 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 o discriminarlo de alguna manera de impedir que obtenga un beneficio de bienestar o ejerza los derechos según ERISA.

Hacer Valer sus Derechos

Si su reclamo de un beneficio de bienestar es negado o ignorado, en su totalidad o en parte, usted tiene derecho a 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 plazos.

Según 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 exigir al administrador del Plan que le proporcione los materiales y le pague hasta \$110 por día hasta que los reciba, a menos que éstos no se hayan enviado por razones ajenas al control del Administrador del Plan. Si usted tiene un reclamo de beneficios que se rechaza o se ignora, en todo o en parte, usted puede presentar una demanda en un tribunal estatal o federal. Además, si usted está en desacuerdo con la decisión o la falta de respuesta respecto a la situación calificada de una orden de relaciones domésticas o una orden de manutención médica infantil, puede presentar una demanda en un tribunal 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, usted puede solicitar la asistencia del Departamento de Trabajo de EE.UU., o puede presentar una demanda en un tribunal federal. El tribunal decidirá quién debe pagar los costos judiciales y los 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 ordenar que usted pague estos costos y honorarios, por ejemplo, si encuentra que su reclamo es frívolo.

Ayuda con sus 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 Employee Benefits Security Administration, U.S, Department of Labor (Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado del Departamento de Trabajo de EE.UU.), que aparece en su directorio telefónico o a la Division of Technical Assistance and Inquires, Employee Benefits Security Administration, U.S Department of Labor (División de Asistencia Técnica y Consultas, Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado del Departamento de Trabajo de EE.UU.), 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 la Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado.

ANEXO A
WENTE VINEYARDS WELFARE BENEFIT PLAN

PROGRAMAS DE BIENESTAR SOCIAL

Los siguientes programas de bienestar social se tratarán como comprendidos en el Plan:

Kaiser Permanente Deductible HMO Plan with HRA
Evolution Healthcare Medical HRA Plan
Health Reimbursement Account (HRA)
Health Reimbursement Account (HRA)
Guardian Dental Plan
VSP Vision Plan
New York Life Group Life Plan
New York Life Accidental Death & Dismemberment Plan
New York Life Short-Term Disability Plan
New York Life Long-Term Disability Plan
Health Care Flexible Spending Account
Premium Conversion Plan
Dependent Care Reimbursement Account (DCRA) Plan

ANEXO B
WENTE VINEYARDS WELFARE BENEFIT PLAN
EMPLEADORES QUE PARTICIPAN

Además de Wente Family Estates, Los Empleadores participantes siguientes han adoptado el Plan:

No hay otros Empleadores que participan en el Plan.

ANEXO C
WENTE VINEYARDS WELFARE BENEFIT PLAN

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

Asistencia con las primas bajo Medicaid y el Programa de Seguro de Salud para Menores (CHIP)

Si usted o sus hijos son elegibles para Medicaid o CHIP y usted es elegible para cobertura médica de su empleador, su estado puede tener un programa de asistencia con las primas que puede ayudar a pagar por la cobertura, utilizando fondos de sus programas Medicaid o CHIP. Si usted o sus hijos no son elegibles para Medicaid o CHIP, usted no será elegible para estos programas de asistencia con las primas, pero es probable que pueda comprar cobertura de seguro individual a través del mercado de seguros médicos. Para obtener más información, visite www.cuidadodesalud.gov.

Si usted o sus dependientes ya están inscritos en Medicaid o CHIP y usted vive en uno de los estados enumerados a continuación, comuníquese con la oficina de Medicaid o CHIP de su estado para saber si hay asistencia con primas disponible.

Si usted o sus dependientes NO están inscritos actualmente en Medicaid o CHIP, y usted cree que usted o cualquiera de sus dependientes puede ser elegible para cualquiera de estos programas, comuníquese con la oficina de Medicaid o CHIP de su estado, llame al **1-877-KIDS NOW** o visite espanol.insurekidsnow.gov/ para información sobre como presentar su solicitud. Si usted es elegible, pregunte a su estado si tiene un programa que pueda ayudarle a pagar las primas de un plan patrocinado por el empleador.

Si usted o sus dependientes son elegibles para asistencia con primas bajo Medicaid o CHIP, y también son elegibles bajo el plan de su empleador, su empleador debe permitirle inscribirse en el plan de su empleador, si usted aún no está inscrito. Esto se llama oportunidad de “inscripción especial”, y **usted debe solicitar la cobertura dentro de los 60 días de haberse determinado que usted es elegible para la asistencia con las primas**. Si tiene preguntas sobre la inscripción en el plan de su empleador, comuníquese con el Departamento del Trabajo electrónicamente a través de www.askebsa.dol.gov o llame al servicio telefónico gratuito **1-866-444-EBSA (3272)**.

Si usted vive en uno de los siguientes estados, tal vez sea elegible para asistencia para pagar las primas del plan de salud de su empleador. La siguiente es una lista de estados actualizada al 31 de enero de 2022. Comuníquese con su estado para obtener más información sobre la elegibilidad -

ALABAMA – Medicaid	ARKANSAS – Medicaid
Sitio web: http://myalhipp.com Teléfono: 1-855-692-5447	Sitio web: http://myarhipp.com/ Teléfono: 1-855-MyARHIPP (855-692-7447)
ALASKA – Medicaid	CALIFORNIA – Medicaid
El Programa de Pago de Alaska primas del seguro médico Sitio web: http://myakhipp.com Teléfono: 1-866-251-4861 Por correo electrónico: CustomerService@MyAKHIPP.com Elegibilidad de Medicaid: http://dhss.alaska.gov/dpa/Pages/medicaid/default.aspx	Sitio web: Health Insurance Premium Payment (HIPP) Program http://dhcs.ca.gov/hipp Teléfono: 916-445-8322 Fax: 916-440-5676 Por correo electrónico: hipp@dhcs.ca.gov

<p align="center">COLORADO – Health First Colorado (Programa Medicaid de Colorado) y Child Health Plan Plus (CHP+)</p>	<p align="center">IOWA – Medicaid y CHIP (Hawki)</p>
<p>Sitio web de Health First Colorado: https://www.healthfirstcolorado.com/es Centro de atención al cliente de Health First Colorado: 1-800-221-3943/ retransmisor del estado: 711 CHP+: https://www.colorado.gov/pacific/hcpf/child-health-plan-plus Atención al cliente de CHP+: 1-800-359-1991/ retransmisor del estado: 711 Programa de compra de seguro de salud (HIBI, por sus siglas en inglés): https://www.colorado.gov/pacific/hcpf/health-insurance-buy-program Atención al cliente de HIBI: 1-855-692-6442</p>	<p>Sitio web de Medicaid: https://dhs.iowa.gov/ime/members Teléfono de Medicaid: 1-800-338-8366 Sitio web de Hawki: http://dhs.iowa.gov/Hawki Teléfono de Hawki: 1-800-257-8563 Sitio web de HIPP; https://dhs.iowa.gov/ime/members/medicaid-a-to-z/hipp Teléfono de HIPAA: 1-888-346-9562</p>
<p align="center">FLORIDA – Medicaid</p>	<p align="center">KANSAS – Medicaid</p>
<p>Sitio web: https://www.flmedicaidptprecovery.com/flmedicaidptprecovery.com/hipp/index.html Teléfono: 1-877-357-3268</p>	<p>Sitio web: https://www.kancare.ks.gov/ Teléfono: 1-800-792-4884</p>
<p align="center">GEORGIA – Medicaid</p>	<p align="center">KENTUCKY – Medicaid</p>
<p>Sitio web de GA HIPP: https://medicaid.georgia.gov/health-insurance-premium-payment-program-hipp Teléfono: 678-564-1162, Presiona 1 Sitio web de GA CHIPRA: https://medicaid.georgia.gov/programs/third-party-liability/childrens-health-insurance-program-reauthorization-act-2009-chipra Teléfono: (678) 564-1162, Presiona 2</p>	<p>Sitio web del Kentucky Integrated Health Insurance Premium Payment Program (KI-HIPP): https://chfs.ky.gov/agencies/dms/member/Pages/kihipp.aspx Teléfono: 1-855-459-6328 Por correo electrónico: KIHIP.PPROGRAM@ky.gov</p> <p>Sitio web de KCHIP: https://kidshealth.ky.gov/es/Pages/default.aspx Teléfono: 1-877-524-4718</p> <p>Sitio web de Medicaid de Kentucky: https://chfs.ky.gov/Pages/spanish.aspx</p>
<p align="center">INDIANA - Medicaid</p>	<p align="center">LOUISIANA – Medicaid</p>
<p>Healthy Indiana Plan para adultos de bajos ingresos 19-64 Sitio web: http://www.in.gov/fssa/hip/ Teléfono: 1-877-438-4479 Todos los demás Medicaid Sitio web: https://www.in.gov/medicaid/ Telefono: 1-800-457-4584</p>	<p>Sitio web: www.medicaid.la.gov o www.ldh.la.gov/lahipp Teléfono: 1-888-342-6207 (línea directa de Medicaid) o 1-855-618-5488 (LaHIPP)</p>

<p align="center">MAINE – Medicaid</p>	<p align="center">NUEVA JERSEY – Medicaid y CHIP</p>
<p>Sitio web por inscripción: http://www.maine.gov/dhhs/ofi/applications-forms Teléfono: 1-800-442-6003 TTY: Maine relay 711</p> <p>Página Web por primos de seguro de salud privado: https://www.maine.gov/dhhs/ofi/applications-forms Teléfono: 1-800-977-6740 TTY: Maine relay 711</p>	<p>Sitio web de Medicaid: http://www.state.nj.us/humanservices/dmahs/clients/medicaid/ Teléfono de Medicaid: 609-631-2392 Sitio web de CHIP: http://www.njfamilycare.org/index.html Teléfono de CHIP: 1-800-701-0710</p>

MASSACHUSETTS – Medicaid y CHIP	NUEVA YORK – Medicaid
Sitio web: https://www.mass.gov/masshealth/pa Teléfono: 1-800-862-4840	Sitio web: https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/ Teléfono: 1-800-541-2831
MINNESOTA – Medicaid	CAROLINA DEL NORTE – Medicaid
Sitio web: https://mn.gov/dhs/people-we-serve/children-and-families/health-care/health-care-programs/programs-and-services/other-insurance.jsp Teléfono: 1-800-657-3739	Sitio web: https://medicaid.ncdhhs.gov Teléfono: 919-855-4100
MISSOURI – Medicaid	DAKOTA DEL NORTE – Medicaid
Sitio web: https://www.dss.mo.gov/mhd/participants/pages/hipp.htm Teléfono: 573-751-2005	Sitio web: http://www.nd.gov/dhs/services/medicalserv/medicaid/ Teléfono: 1-844-854-4825
MONTANA – Medicaid	CAROLINA DEL SUR – Medicaid
Sitio web: https://dphhs.mt.gov/MontanaHealthcarePrograms/HIPP Teléfono: 1-800-694-3084	Sitio web: https://www.scdhhs.gov Teléfono: 1-888-549-0820
NEBRASKA – Medicaid	DAKOTA DEL SUR – Medicaid
Sitio web: http://www.ACCESSNebraska.ne.gov Teléfono: 1-855-632-7633 Lincoln: 402-473-7000 Omaha: 402-595-1178	Sitio web: https://dss.sd.gov Teléfono: 1-888-828-0059
NEVADA – Medicaid	OKLAHOMA – Medicaid y CHIP
Sitio web de Medicaid: http://dhcfp.nv.gov Teléfono de Medicaid: 1-800-992-0900	Sitio web: http://www.insureoklahoma.org Teléfono: 1-888-365-3742
NUEVO HAMPSHIRE – Medicaid	OREGON – Medicaid
Sitio web: https://www.dhhs.nh.gov/oii/hipp.htm Teléfono: 603-271-5218 Teléfono gratuito para el programa de HIPP: 1-800-852-3345, ext. 5218	Sitio web: https://healthcare.oregon.gov/Pages/index.aspx http://oregonhealthcare.gov/index-es.html Teléfono: 1-800-699-9075

<p align="center">PENSILVANIA – Medicaid</p> <p align="center">Sitio web: https://www.dhs.pa.gov/Services/Assistance/Pages/HIPP-Program.aspx Teléfono: 1-800-692-7462</p>	<p align="center">VIRGINIA – Medicaid y CHIP</p> <p align="center">Sitio web: https://www.coverva.org/es/famis-select https://www.coverva.org/es/hipp Teléfono de Medicaid: 1-800-432-5924 Teléfono de CHIP: 1-800-432-5924</p>
<p align="center">RHODE ISLAND – Medicaid y CHIP</p> <p align="center">Sitio web: http://www.eohhs.ri.gov Teléfono: 1-855-697-4347 o 401-462-0311 (Direct Rlte Share Line)</p>	<p align="center">WASHINGTON – Medicaid</p> <p align="center">Sitio web: http://www.hca.wa.gov Teléfono: 1-800-562-3022</p>
<p align="center">TEXAS – Medicaid</p> <p align="center">Sitio web: http://pontehipp texas.com/ Teléfono: 1-800-440-0493</p>	<p align="center">WEST VIRGINIA – Medicaid</p> <p align="center">Sitio web: https://dhhr.wv.gov/bms/http://mywvhipp.com/ Teléfono de Medicaid: 304-558-1700 Teléfono gratuito: 1-855-MyWVHIPP (1-855-699-8447)</p>
<p align="center">UTAH – Medicaid y CHIP</p> <p align="center">Sitio web de Medicaid: https://medicaid.utah.gov/spanish-language Sitio web de CHIP: https://chip.health.utah.gov/espanol/ Teléfono: 1-877-543-7669</p>	<p align="center">WISCONSIN – Medicaid y CHIP</p> <p align="center">Sitio web: https://www.dhs.wisconsin.gov/badgercareplus/p-10095.htm Teléfono: 1-800-362-3002</p>
<p align="center">VERMONT– Medicaid</p> <p align="center">Sitio web: http://www.greenmountaincare.org/ Teléfono: 1-800-250-8427</p>	<p align="center">WYOMING – Medicaid</p> <p align="center">Sitio web: https://health.wyo.gov/healthcarefin/medicaid/programs-and-eligibility/ Teléfono: 1-800-251-1269</p>

Para saber si otros estados han agregado el programa de asistencia con primas desde el 31 de enero de 2021, o para obtener más información sobre derechos de inscripción especial, comuníquese con alguno de los siguientes:

Departamento del Trabajo de EE.UU.

Administración de Seguridad de Beneficios de los Empleados

www.dol.gov/agencies/ebsa/es/about-ebsa/our-activities/informacion-en-espanol

1-866-444-EBSA (3272)

Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU.

Centros para Servicios de Medicare y Medicaid

www.cms.hhs.gov

1-877-267-2323, opción de menú 4, Ext. 61565

Declaración de la Ley de Reducción de Trámites

Según la Ley de Reducción de Trámites de 1995 (Ley Pública 104-13) (PRA, por sus siglas en inglés), no es obligatorio que ninguna persona responda a una recopilación de información, a menos que dicha recopilación tenga un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB, por sus siglas en inglés). El Departamento advierte que una agencia federal no puede llevar a cabo ni patrocinar una recopilación de información, a menos que la OMB la apruebe en virtud de la ley PRA y esta tenga un número de control actualmente válido de la oficina mencionada. El público no tiene la obligación de responder a una recopilación de información, a menos que esta tenga un número de control actualmente válido de la OMB. Consulte la Sección 3507 del Título 44 del Código de Estados Unidos (USC). Además, sin perjuicio de ninguna otra disposición legal, ninguna persona quedará sujeta a sanciones por no cumplir con una recopilación de información, si dicha recopilación no tiene un número de control actualmente válido de la OMB. Consulte la Sección 3512 del Título 44 del Código de Estados Unidos (USC).

Se estima que el tiempo necesario para realizar esta recopilación de información es, en promedio, de aproximadamente siete minutos por persona. Se anima a los interesados a que envíen sus comentarios con respecto al tiempo estimado o a cualquier otro aspecto de esta recopilación de información, como sugerencias para reducir este tiempo, a la dependencia correspondiente del Ministerio de Trabajo de EE. UU., a la siguiente dirección: U.S. Department of Labor, Employee Benefits Security Administration, Office of Policy and Research, Attention: PRA Clearance Officer, 200 Constitution Avenue, N.W., Room N-5718, Washington, DC 20210. También pueden enviar un correo electrónico a ebbsa.opr@dol.gov y hacer referencia al número de control de la OMB 1210-0137.

Número de Control de OMB 1210-0137 (vence al 31 de enero de 2023)

Aviso de Intercambio de Seguros de Salud

Para los empleadores que ofrecen un plan de salud a algunos o a todos los empleados

Nuevas opciones de cobertura en el mercado de seguros médicos y su cobertura médica

PARTE A: Información general

Cuando entren en vigencia las partes clave de la ley de salud en el 2014, habrá una nueva forma de adquirir seguros médicos: a través del mercado de seguros médicos. A fin de ayudarlo mientras evalúa las opciones para usted y su familia, este aviso brinda información básica sobre el nuevo mercado y la cobertura médica basada en el empleo que brinda su empleador.

¿Qué es el mercado de seguros médicos?

El mercado está diseñado para ayudarlo a encontrar un seguro médico que satisfaga sus necesidades y se ajuste a su presupuesto. El mercado ofrece opciones de compra en un solo sitio, para buscar y comparar opciones de seguros médicos privados. También es posible que sea elegible para un nuevo tipo de crédito tributario que reduce su prima mensual de inmediato. El periodo de inscripción para la cobertura de seguro médico a través del mercado comienza en octubre del 2013 para la cobertura que comienza el 1.º de enero del 2014.

¿Puedo ahorrar dinero en las primas del seguro médico que ofrece el mercado?

Es posible que tenga la oportunidad de ahorrar dinero y reducir su prima mensual, pero solo si su empleador no ofrece cobertura médica u ofrece una cobertura que no cumple con determinadas normas. Los ahorros en la prima por la cual puede ser elegible dependen de los ingresos de su familia.

¿La cobertura médica del empleador afecta la elegibilidad para los ahorros en la prima a través del mercado?

Sí. Si su empleador brinda cobertura médica que cumple con determinadas normas, no será elegible para un crédito tributario a través del mercado y es posible que desee inscribirse en el plan de salud de su empleador. No obstante, es posible que sea elegible para un crédito tributario que reduce la prima mensual o para una reducción en la cuota de los costos si su empleador no brinda cobertura o no brinda cobertura que cumple con determinadas normas. Si el costo del plan de su empleador que le brindaría cobertura a usted (y no, a los demás miembros de la familia) supera el 9.5 % del ingreso anual de su familia, o si la cobertura médica que brinda su empleador no cumple con la norma de "valor mínimo" establecida por la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio (Affordable Care Act o ACA, por sus siglas en inglés), es posible que sea elegible para un crédito tributario.²

Nota: Si adquiere un plan de salud a través del mercado en lugar de aceptar la cobertura médica que brinda su empleador, es posible que pierda las contribuciones (si las hay) que el empleador da para la cobertura médica que brinda. Además, las contribuciones del empleador (así como sus las contribuciones como empleado para la cobertura médica que brinda el empleador) a menudo se excluyen del ingreso sujeto impuesto federal y estatal. Los pagos para la cobertura médica a través del mercado se realizan después de impuestos.

² Un plan de salud patrocinado por el empleador cumple con la "norma de valor mínimo" si la participación del plan en los costos totales de beneficios permitidos cubiertos por el plan no es inferior al 60 por ciento de dichos costos.

¿Cómo puedo obtener más información?

Para obtener más información sobre la cobertura que brinda el empleador, consulte el resumen de la descripción del Plan o comuníquese con:

Regina Geranen
5565 Tesla Road
Livermore, California 94550
(925) 456-2283
regina.geranen@wentevineyards.com

El mercado puede ayudarlo a evaluar sus opciones de cobertura, incluida su elegibilidad para la cobertura a través del mercado y sus costos. Visite CuidadoDeSalud.gov para obtener más información, incluida una solicitud en línea de cobertura de seguros médicos e información de contacto para un mercado de seguros médicos en su área.

PARTE B: Información sobre la cobertura médica que brinda su empleador

Esta sección incluye información sobre la cobertura médica que brinda su empleador. Si decide completar una solicitud de cobertura médica en el mercado, deberá brindar esta información. Esta información está enumerada de forma tal que coincida con la solicitud del mercado.

3. Nombre del empleador Wente Vineyards	4. Número de identificación del empleador (EIN, por sus siglas en inglés) 94-1051349	
5. Dirección del empleador 5565 Tesla Road	6. Número de teléfono del empleador (925) 456-2300	
7. Ciudad Livermore	8. Estado California	9. Código postal 94550
10. ¿Con quién podemos comunicarnos en relación con la cobertura médica del empleado en este empleo? Regina Geranen		
11. Número de teléfono (si difiere del que figura arriba) (925) 456-2283	12. Dirección de correo electrónico regina.geranen@wentevineyards.com	

A continuación, encontrará información básica sobre la cobertura médica que brinda este empleador:

- Como su empleador, ofrecemos un plan de salud para los siguientes:
 - Algunos empleados. Los empleados elegibles son los siguientes:
All Full-Time Active Employees
- En cuanto a los dependientes:
 - Sí ofrecemos cobertura médica. Los dependientes elegibles son los siguientes: Spouse, Dependent/Child and Domestic Partner

Si marca esta opción, esta cobertura médica cumple con la norma de valor mínimo. Asimismo, el costo de la cobertura se pretende que sea asequible para usted según los salarios de los empleados.

Nota: Incluso si el objetivo de su empleador es brindarle cobertura asequible, es posible que sea elegible para obtener un descuento en la prima a través del mercado. El mercado utilizará el ingreso de su grupo familiar, junto con otros factores, para determinar si es elegible para recibir un descuento en la prima. Si, por ejemplo, sus salarios varían de una semana a la otra (tal vez es un empleado por hora o trabaja con comisiones), si fue contratado recientemente a mitad de año o si tiene otras pérdidas de ingreso, aún así es posible que reúna los requisitos para recibir un descuento en la prima.

Medicare Part D Creditable Coverage Notice

Aviso Importante de Wente Family Estates Sobre su Cobertura para Recetas Médicas y Medicare

Por favor lea este aviso cuidadosamente y guárdelo donde pueda encontrarlo. Este aviso contiene información sobre su cobertura actual para recetas médicas con Wente Family Estates y sus opciones bajo la cobertura de Medicare para medicamentos recetados. Además, le menciona dónde encontrar más información que le ayude a tomar decisiones sobre su cobertura para medicinas. Si usted está considerando inscribirse, debe comparar su cobertura actual, incluyendo los medicamentos que están cubiertos a qué costo, con la cobertura y los costos de los planes que ofrecen cobertura de medicinas recetadas en su área. Información sobre dónde puede obtener ayuda para tomar decisiones sobre su cobertura de medicamentos recetados se encuentra al final de este aviso.

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

1. La nueva cobertura de Medicare para recetas médicas está disponible desde el 2006 para todas las personas con Medicare. Usted puede obtener esta cobertura si se inscribe en un Plan de Medicare para Recetas Médicas, o un Plan Medicare Advantage (como un PPO o HMO) que ofrece cobertura para medicamentos recetados. Todos los planes de Medicare para recetas médicas proporcionan por lo menos un nivel estándar de cobertura establecido por Medicare. Además, algunos planes pueden ofrecer más cobertura por una prima mensual más alta.
2. Wente Family Estates ha determinado que la cobertura para recetas médicas ofrecida por los planes de Salud de Wente Family Estates en promedio se espera que pague tanto como lo hará la cobertura estándar de Medicare para recetas médicas para todos los participantes del plan y por lo tanto es considerada Cobertura Acreditable. Debido a que su cobertura actual es Acreditable, usted puede mantener esta cobertura y no pagar una prima más alta (una penalidad), si más tarde decide inscribirse en un plan de Medicare.

¿Cuándo puede inscribirse en un plan de Medicare de medicamentos?

Usted puede inscribirse en un plan de Medicare de medicamentos la primera vez que es elegible para Medicare y cada año del 15 de octubre al 7 de diciembre.

Sin embargo, si pierde su cobertura actual acreditable, y no es su culpa, usted será elegible para dos (2) meses en el Período de Inscripción Especial (SEP) para subscribirse en un Plan Medicare de medicinas.

¿Qué sucede con su cobertura actual si decide inscribirse en un plan de Medicare de medicamentos?

Si decide inscribirse en un plan de Medicare de medicamentos recetados, su cobertura actual con Wente Family Estates puede [o no puede] ser afectada. [La Entidad que proporciona este aviso de divulgación debe insertar una explicación sobre las provisiones y opciones, bajo el plan de la entidad en particular, que tienen disponibles los individuos con Medicare cuando son elegibles a la Parte D de Medicare (ejemplo, ellos pueden quedarse con la cobertura del plan si escogen la Parte D y este plan coordinará la cobertura con la Parte D de Medicare. La cobertura bajo el plan de la entidad terminará para el individuo y sus dependientes si escogen la cobertura con la Parte D de Medicare). Vea las páginas 7-9 de la Guía CMS “Aviso de Divulgación de la Cobertura Acreditable para los individuos elegibles a la Parte D de Medicare” (disponible por Internet en <http://www.cms.hhs.gov/CreditableCoverage/>, que explica las opciones y provisiones que tienen disponibles bajo el plan de la entidad para los beneficiarios cuando son elegibles a la Parte D.]

Si cancela su cobertura actual con Wente Family Estates y se inscribe en un plan de Medicare para recetas médicas, puede ser que más adelante ni usted ni sus dependientes puedan [Aseguradores de Medigap deben sustituir “puedan” con “no puedan”] obtener su cobertura de nuevo.

¿Cuándo usted pagará una prima más alta (penalidad) para inscribirse en un plan de Medicare de medicamentos?

Usted debe saber también que si cancela o pierde su cobertura actual con Wente Family Estates y deja de inscribirse en una cobertura de Medicare para recetas médicas después de que su cobertura actual termine, podría pagar más (una penalidad) por inscribirse más tarde en una cobertura de Medicare para recetas médicas.

Si usted lleva 63 días o más sin cobertura acreditable para recetas médicas que sea por lo menos tan buena como la cobertura de Medicare para recetas médicas, su prima mensual aumentará por lo menos un 1% al mes por cada mes que usted no tuvo esa cobertura. Por ejemplo, si usted lleva diecinueve meses sin cobertura acreditable, su prima siempre será por lo menos 19% más alta de lo que la mayoría de la gente paga. Usted tendrá que pagar esta prima más alta (penalidad) mientras tenga la cobertura de Medicare. Además, usted tendrá que esperar hasta el siguiente mes de octubre para inscribirse.

Para más información sobre este aviso o su cobertura actual para recetas médicas...

Póngase en contacto con la persona que aparece a continuación para obtener más información llame a Regina Geranen at (925) 456-2283. NOTA: Usted recibirá este aviso cada año. Recibirá el aviso antes del próximo período en el cual usted puede inscribirse en la cobertura de Medicare para recetas médicas, y en caso de que esta cobertura con Wente Family Estates cambie. Además, usted puede solicitar una copia de este aviso en cualquier momento.

Para más información sobre sus opciones bajo la cobertura de Medicare para recetas médicas...

Revise el manual “Medicare y Usted” para información más detallada sobre los planes de Medicare que ofrecen cobertura para recetas médicas. Medicare le enviará por correo un ejemplar del manual. Tal vez los planes de Medicare para recetas médicas le llamen directamente. Asimismo, usted puede obtener más información sobre los planes de Medicare para recetas médicas de los siguientes lugares:

- Visite www.medicare.gov por Internet para obtener ayuda personalizada,

- Llame a su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (consulte su manual Medicare y Usted para obtener los números telefónicos)
- Llame GRATIS al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios con teléfono de texto (TTY) deben llamar al 1-877-486-2048.

Para las personas con ingresos y recursos limitados, hay ayuda adicional que paga por un plan de Medicare para recetas médicas. El Seguro Social (SSA, por sus siglas en inglés) tiene disponible información sobre esta ayuda adicional. Para más información sobre esta ayuda adicional, visite la SSA en línea en www.socialsecurity.gov por Internet, o llámeles al 1-800-772-1213 (Los usuarios con teléfono de texto (TTY) deberán llamar al 1-800-325- 0778).

Recuerde: Guarde este aviso. Si se inscribe en uno de los nuevos planes aprobados por Medicare que ofrece cobertura de medicamentos recetados, tal vez necesite dar una copia de este aviso cuando se inscriba a fin de demostrar si mantiene o no una cobertura acreditable y si debe pagar una prima más alta (una penalidad).

Fecha:	22 de septiembre 2021
Nombre de la Entidad/Remitente:	Wente Family Estates
Contacto--Puesto/Oficina:	Recursos Humanos
Dirección:	5565 Tesla Road, Livermore, CA 94550
Número de Teléfono:	925-456-2293

Noticia de Prácticas de privacidad

Wente Vineyards
 5565 Tesla Road
 Livermore, California 94550
 (925) 456-2300
<http://www.filice.com/benefits/wente/>

Privacy Official:

Regina Geranen
 5565 Tesla Road
 Livermore, California 94550
 (925) 456-2283
regina.geranen@wentevineyards.com

Fecha de vigencia: 01/01/2019

Su información. Sus derechos. Nuestras responsabilidades.

Esta notificación describe cómo puede utilizarse y divulgarse su información médica, y cómo puede acceder usted a esta información. **Revísela con cuidado.**

Sus derechos

Usted cuenta con los siguientes derechos:

- Obtener una copia de su historial médico y de reclamos.
- Corregir en papel o en formato electrónico su historial médico.

- Solicitar comunicación confidencial.
- Pedirnos que limitemos la información que compartimos.
- Recibir una lista de aquellos con quienes hemos compartido su información.
- Obtener una copia de esta notificación de privacidad.
- Elegir a alguien que actúe en su nombre.
- Presentar una queja si considera que se violaron sus derechos de privacidad.

Sus opciones

Tiene algunas opciones con respecto a la manera en que utilizamos y compartimos información cuando:

- Respondemos las preguntas de cobertura de su familia y amigos.
- Proporcionamos alivio en caso de una catástrofe.
- Comercializamos nuestros servicios y vendemos su información.

Nuestros usos y divulgaciones

Podemos utilizar y compartir su información cuando:

- Ayudamos a administrar el tratamiento de atención médica que usted recibe.
- Dirigimos nuestra organización.
- Pagamos por sus servicios médicos.
- Administramos su plan médico.
- Ayudamos con asuntos de seguridad y salud pública.
- Realizamos investigaciones médicas.
- Cumplimos con la ley.
- Respondemos a las solicitudes de donación de órganos y tejidos y trabajamos con un médico forense o director funerario.
- Tratamos la compensación de trabajadores, el cumplimiento de la ley y otras solicitudes gubernamentales.
- Respondemos a demandas y acciones legales.

Sus derechos

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

Recibir una copia de su historial médico y de reclamos

- Puede solicitar que le muestren o le entreguen una copia de su historial médico y reclamos y otra información médica que tengamos de usted. Pregúntenos cómo hacerlo.
- Le entregaremos una copia o un resumen de su historial médico y de reclamos, generalmente dentro de 30 días de su solicitud. Podemos cobrar un cargo razonable en base al costo.

Solicitar que corriamos el historial médico y de reclamos

- Puede solicitarnos que corriamos su historial médico y de reclamos si piensa que dichos historiales son incorrectos o están incompletos. Pregúntenos cómo hacerlo.
- Podemos decir “no” a su solicitud, pero le daremos una razón por escrito dentro de 60 días.

Solicitar comunicaciones confidenciales

- Puede solicitarnos que nos comuniquemos con usted de una manera específica (por ejemplo, por teléfono particular o laboral) o que enviemos la correspondencia a una dirección diferente.
- Consideraremos todas las solicitudes razonables y debemos decir “sí” si nos dice que estaría en peligro si no lo hacemos.

Solicitar que no utilicemos ni compartamos determinada información médica para el tratamiento, pago o para nuestras operaciones

- Puede solicitar que no utilicemos ni compartamos determinada información médica para el tratamiento, pago o para nuestras operaciones.
- No estamos obligados a aceptar su solicitud, y podemos decir “no” si esto afectara su atención.

Recibir una lista de aquellos con quienes hemos compartido información

- Puede solicitar una lista (informe) de las veces que hemos compartido su información médica durante los seis años previos a la fecha de su solicitud, con quién la hemos compartido y por qué.
- Incluiremos todas las divulgaciones excepto aquellas sobre el tratamiento, pago y operaciones de atención médica, y otras divulgaciones determinadas (como cualquiera de las que usted nos haya solicitado hacer). Le proporcionaremos un informe gratis por año pero cobraremos un cargo razonable en base al costo si usted solicita otro dentro de los 12 meses.

Obtener una copia de esta notificación de privacidad

- Puede solicitar una copia en papel de esta notificación en cualquier momento, incluso si acordó recibir la notificación de forma electrónica. Le proporcionaremos una copia en papel de inmediato.

Elegir a alguien para que actúe en su nombre

- Si usted le ha otorgado a alguien la representación médica o si alguien es su tutor legal, aquella persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información médica.
- Nos aseguraremos de que la persona tenga esta autoridad y pueda actuar en su nombre antes de tomar cualquier medida.

Presentar una queja si considera que se violaron sus derechos

- Si cree que hemos violado sus derechos, háganoslo saber en :
Regina Geranen
5565 Tesla Road
Livermore, California 94550
(925) 456-2283
regina.geranen@wentevineyards.com
- Puede presentar una queja en la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos enviando una carta a: Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, llamando al 1-800-368-1019 o visitando www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/factsheets_spanish.html, los últimos dos disponibles en español.
- No tomaremos represalias en su contra por la presentación de una queja.

Sus opciones

Para determinada información médica, puede decirnos sus decisiones sobre qué compartimos.

Si tiene una preferencia clara de cómo compartimos su información en las situaciones descritas debajo, comuníquese con nosotros. Díganos qué quiere que hagamos, y seguiremos sus instrucciones.

En estos casos, tiene tanto el derecho como la opción de pedirnos que:

- Compartamos información con su familia, amigos cercanos u otras personas involucradas en el pago de su atención.
- Compartamos información en una situación de alivio en caso de una catástrofe.

Si no puede decirnos su preferencia, por ejemplo, si se encuentra inconsciente, podemos seguir adelante y compartir su información si creemos que es para beneficio propio. También podemos compartir su información cuando sea necesario para reducir una amenaza grave e inminente a la salud o seguridad.

En estos casos, nunca compartiremos su información a menos que nos entregue un permiso por escrito:

- Propósitos de mercadeo.
- Venta de su información.

Nuestros usos y divulgaciones

Por lo general, ¿cómo utilizamos o compartimos su información médica? Por lo general, utilizamos o compartimos su información médica de las siguientes maneras.

Ayudar a administrar el tratamiento de atención médica que usted recibe

- Podemos utilizar su información médica y compartirla con otros profesionales que lo estén tratando.

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

Dirigir nuestra organización

- Podemos utilizar y divulgar su información para dirigir nuestra organización y comunicarnos con usted cuando sea necesario.
- **No se nos permite utilizar información genética para decidir si le proveemos cobertura y el precio de dicha cobertura.** Esto no se aplica a los planes de atención a largo plazo.

Ejemplo: Utilizamos su información médica para ofrecerle mejores servicios.

Pagar por sus servicios médicos

- Podemos utilizar y divulgar su información médica cuando pagamos por sus servicios médicos.

Ejemplo: Compartimos su información con su plan dental para coordinar el pago por su trabajo dental.

Administrar su plan

- Podemos divulgar su información médica a su patrocinador del plan médico para la administración del plan.

Ejemplo: Su compañía nos contrata para proveer un plan médico, y nosotros le proporcionamos a su compañía determinadas estadísticas para explicar las primas que cobramos.

¿De qué otra manera podemos utilizar o compartir su información médica? Se nos permite o exige compartir su información de otras maneras (por lo general, de maneras que contribuyan al bien público, como la salud pública e investigaciones médicas).

Tenemos que reunir muchas condiciones legales antes de poder compartir su información con dichos propósitos. Para más información, visite:

www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/factsheets_spanish.html, disponible en español.

Ayudar con asuntos de salud pública y seguridad

- Podemos compartir su información médica en determinadas situaciones, como:
- Prevención de enfermedades.
- Ayuda con el retiro de productos del mercado.
- Informe de reacciones adversas a los medicamentos.
- Informe de sospecha de abuso, negligencia o violencia doméstica.
- Prevención o reducción de amenaza grave hacia la salud o seguridad de alguien.

Realizar investigaciones médicas

- Podemos utilizar o compartir su información para investigación de salud.

Cumplir con la ley

- Podemos compartir su información si las leyes federales o estatales lo requieren, incluyendo compartir la información con el Departamento de Salud y Servicios Humanos si éste quiere comprobar que cumplimos con la Ley de Privacidad Federal.

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

- Podemos compartir su información médica con las organizaciones de procuración de órganos.
- Podemos compartir información médica con un oficial de investigación forense, médico forense o director funerario cuando un individuo fallece.

Tratar la compensación de trabajadores, el cumplimiento de la ley y otras solicitudes gubernamentales

- Podemos utilizar o compartir su información médica:
 - En reclamos de compensación de trabajadores.
 - A los fines de cumplir con la ley o con un personal de las fuerzas de seguridad.
 - Con agencias de supervisión sanitaria para las actividades autorizadas por ley.
 - En el caso de funciones gubernamentales especiales, como los servicios de protección presidencial, seguridad nacional y servicios militares.

Responder a demandas y acciones legales

- Podemos compartir su información médica en respuesta a una orden administrativa o de un tribunal o en respuesta a una citación.

Nuestras responsabilidades

- Estamos obligados por ley a mantener la privacidad y seguridad de su información médica protegida.
- Le haremos saber de inmediato si ocurre un incumplimiento que pueda haber comprometido la privacidad o seguridad de su información.
- Debemos seguir los deberes y prácticas de privacidad descritas en esta notificación y entregarle una copia de la misma.
- No utilizaremos ni compartiremos su información de otra manera distinta a la aquí descrita, a menos que usted nos diga por escrito que podemos hacerlo. Si nos dice que podemos, puede cambiar de parecer en cualquier momento. Háganos saber por escrito si usted cambia de parecer.

Para mayor información, visite:

www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/factsheets_spanish.html, disponible en español.

Cambios a los términos de esta notificación

Podemos modificar los términos de esta notificación, y los cambios se aplicarán a toda la información que tenemos sobre usted. La nueva notificación estará disponible según se solicite, en nuestro sitio web, y le enviaremos una copia por correo.