

Magna Internacional de América, Inc.

Plan de Beneficios de Bienestar

DESCRIPCIÓN RESUMIDA DEL PLAN

A partir del 14 de octubre de 2024

Contenido

INTRODUCCIÓN.....	1
ELEGIBILIDAD.....	3
Empleados elegibles	3
Personas no elegibles	3
Elegibilidad para beneficios médicos y de medicamentos recetados	3
Nuevos empleados	4
Nueva	de Empleados a Tiempo Completo 4
Horario variable/Nuevo	de empleados a tiempo parcial/estacional 4
Consulte el Apéndice B para obtener información adicional	5
Las personas que no son elegibles para los beneficios médicos y de medicamentos recetados	5
Las determinaciones de elegibilidad son hechas por el administrador del plan	5
Reglas especiales de elegibilidad	5
Dependientes Elegibles	6
Médico, medicamentos recetados, dental y	de la vista 6
Dependientes no elegibles	7
Vida Dependiente	8
Cuenta de Gastos Flexibles para el Cuidado de la Salud (FSA, por sus siglas en inglés.....	8
Cuenta de Gastos Flexibles (FSA) para el Cuidado de Dependientes	8
Información adicional sobre elegibilidad	8
Órdenes Médicas Calificadas de Manutención de Menores	8
Notificación.....	9
INSCRIPCIÓN.....	9
Nuevos empleados	9
Empleados actuales	10
Eventos de inscripción especial de HIPAA	10
CONTRIBUCIONES.....	11
Contribuciones de los empleados	11
Plan Cafetería – Conversión Premium	11
HACER CAMBIOS EN SU COBERTURA DURANTE EL AÑO	12
Cambios en el estado	12
Vida Suplementaria, Vida Dependiente, AD&D Suplementaria y Compra a Largo Plazo	
Cambios de mitad de año por discapacidad	12
Cambios en la cuenta de gastos médicos, dentales, oftalmológicos y flexibles a mitad de año.....	12
Requisitos de coherencia para los cambios de estado	13
Otros eventos que le permiten cambiar las elecciones	13
Derecho a las prestaciones del Gobierno	13
QMCSOs	13
Eventos de cambio de costo o cobertura	13
Cambios en el costo	14
Cambios en la cobertura	14

Cambios en el costo o la cobertura de la cuenta de gastos flexibles para el cuidado de dependientes.....	14
COBERTURA DURANTE LA EXCEDENCIA	15
Licencia FMLA	15
Permiso militar.....	16
Licencia por discapacidad	16
CUÁNDO TERMINA LA COBERTURA	18
COBRA.....	19
¿Qué es la cobertura de COBRA.....	19
¿Quién está cubierto	20
¿Cuándo está disponible la cobertura de COBRA	21
Cómo elegir a COBRA	22
Cobertura de FSA COBRA para el cuidado de la salud	23
Costo de la cobertura de COBRA	24
Duración de COBRA	24
Evento clasificatorio de 29 meses (debido a discapacidad)	25
Segundo Evento Clasificatorio	26
Terminación anticipada de COBRA	26
¿Existen otras opciones de cobertura además de la Continuación de la Cobertura de COBRA?	27
Ley de Comercio	27
Información de contacto	28
Mantenga informado al plan de los cambios de dirección	28
SERVICIOS CUBIERTOS Y NO CUBIERTOS	28
Derechos especiales para las madres y los niños recién nacidos	28
Ley de Derechos de la Salud de la Mujer y el Cáncer	28
BENEFICIOS DE LA CUENTA DE GASTOS FLEXIBLES PARA EL CUIDADO DE LA SALUD	29
Dependientes cubiertos	29
Límites de contribución	29
Gastos subvencionables	29
Gastos no elegibles	30
Usar o Perder; Acumulable de \$500	31
Presentación de una reclamación	31
BENEFICIOS DE LA CUENTA DE GASTOS FLEXIBLES PARA EL CUIDADO DE DEPENDIENTES	32
Dependientes Calificados	32
Límites de contribución	32
Gastos subvencionables	32
Gastos no elegibles	33
Usar o perder	33
Presentación de una reclamación	34
Reglas Especiales que Afectan las Cuentas de Cuidado de Dependientes	34
PROCESO DE RECLAMACIONES Y APELACIONES	34
Presentación de una reclamación	34

Definiciones relacionadas con las reclamaciones	36
Determinación Inicial de Reclamación	37
Plazos para las decisiones iniciales sobre reclamaciones	40
Apelar una reclamación	43
Acción judicial.....	45
Plazos para el proceso de apelación interna	46
Procedimientos de revisión externa para los beneficios médicos y de medicamentos recetados autoasegurados	47
Sus derechos y protecciones contra las facturas médicas sorpresa	50
Está protegido contra la facturación de saldos para:	50
Cuando no se permite la facturación de saldos, también tiene las siguientes protecciones:	51
Actos de terceros.....	51
Recuperación de de sobrepago	53
No cesión de beneficios	53
Tergiversación de los hechos.....	53
INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA	54
Mapa Documento	55
Modificación y terminación del plan	55
Plan de Administración.....	56
Poder y Autoridad de la Compañía de Seguros	56
Preguntas.....	57
ERISA.....	57
Reciba información sobre su plan y beneficios	57
Continuar con la cobertura del plan de salud grupal	57
Acciones prudentes de los fiduciarios del plan	58
Haga valer sus derechos	58
Asistencia con sus preguntas	58
APÉNDICE A — CUADERNILLOS DE BENEFICIOS	59
APÉNDICE B — INFORMACIÓN ADICIONAL SOBRE EL MÉTODO RETROSPECTIVO	60
Glosario de términos definidos relacionados con el método retrospectivo	60
APÉNDICE C – NORMAS ESPECIALES RELACIONADAS CON EL COVID-19	62

INTRODUCCIÓN

Este resumen, junto con los folletos, certificados y documentos de evidencia de cobertura enumerados en el Apéndice A (colectivamente, "Folletos de beneficios"), está destinado a servir como la Descripción resumida del plan ("SPD"), según lo exige la Ley de Seguridad de los Ingresos de Jubilación de los Empleados de 1974 ("ERISA"). El SPD describe los beneficios proporcionados por el Plan de Beneficios de Bienestar para Empleados de Magna International of America, Inc. (el "Plan de Beneficios de Bienestar"), el Plan de Seguro de Vida de Magna International of America, Inc. (el "Plan de Seguro de Vida") y el Plan de Discapacidad a Largo Plazo de Magna International of America, Inc. (el "Plan LTD") para empleados elegibles y dependientes elegibles de Magna International of America, Inc. y otras entidades afiliadas de Magna International of America, Inc. que son empleadores participantes en el Plan (un "Empleador"). El Plan de Beneficios de Bienestar, el Plan de Seguro de Vida y el Plan LTD pueden denominarse en este resumen como el "Plan".

Magna International of America, Inc. también ofrece a sus empleados el Plan de Cafetería de Magna International of America, Inc. destinado a satisfacer los requisitos de las Secciones 125, 129 y 105(e) del Código de Rentas Internas para proporcionar a los empleados Cuentas de Gastos Flexibles de Cuidado de Salud y Cuidado de Dependientes y la oportunidad de hacer contribuciones antes de impuestos para ciertos beneficios.

El Plan proporcionará beneficios de acuerdo con las leyes federales aplicables, incluida la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria (COBRA), la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA), la Ley de Paridad de Salud Mental (MHPA), la Ley de Protección de la Salud de Recién Nacidos y Madres (NMHPA), la Ley de Derechos de Salud de la Mujer y Cáncer (WHCRA), la Ley de Paridad de Salud Mental y Equidad en la Adicción de 2008 (MHPAEA), la Ley de No Discriminación por Información Genética (GINA, por sus siglas en inglés), la Ley de Michelle, la Ley de Asignaciones Consolidadas de 2021 (incluida la Ley Sin Sorpresas y las disposiciones de Transparencia en la Cobertura) y las disposiciones aplicables de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud a Bajo Precio, modificada por la Ley de Reconciliación de Atención Médica y Educación y legislación posterior (denominadas colectivamente Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio).

La cobertura médica, la cobertura de medicamentos recetados, la cobertura dental, la discapacidad a corto plazo y las cuentas de gastos están autoaseguradas y administradas bajo contratos con proveedores de servicios. Todos los demás beneficios se proporcionan en virtud de contratos de seguro. Todos los beneficios se resumen en este documento y en los Folletos de beneficios (como se define a continuación).

Este resumen debe leerse en relación con los Folletos de Beneficios (consulte el Apéndice A para obtener una lista de los Folletos de Beneficios). Si alguna vez hay un conflicto o una diferencia entre lo que está escrito en este resumen y los Folletos de Beneficios con respecto a **los beneficios específicos proporcionados**, los Folletos de Beneficios prevalecerán a menos que cualquier ley federal y estatal disponga lo contrario. Si existe un conflicto entre los Folletos de beneficios y este resumen con respecto a **los requisitos de cumplimiento de la ley de ERISA y cualquier otra ley federal**, prevalecerá este resumen.

Los Folletos de beneficios aplicables para ciertos planes describen el uso de los proveedores de la red, la composición de la red y las circunstancias, si las hubiera, bajo las cuales se proporcionarán coberturas para servicios fuera de la red. También puede acceder a los directorios de proveedores en el sitio web del Administrador de Reclamaciones o de la compañía de seguros correspondiente, o puede llamar a los números de teléfono indicados en el Beneficio

Libretes. También se le informará sobre cualquier condición o límite en la selección de proveedores de atención primaria o proveedores médicos especializados que puedan presentar una solicitud en virtud del Plan.

Para obtener información adicional sobre los beneficios proporcionados por el Plan, comuníquese con el Administrador del Plan identificado en la página 53.

Magna International of America, Inc. se reserva el derecho de cambiar, enmendar, suspender o cancelar cualquiera o todos los beneficios de este Plan, en su totalidad o en parte, en cualquier momento y por cualquier motivo a su entera discreción.

Tenga en cuenta que al adoptar y mantener estos beneficios, el Empleador no ha celebrado un contrato de trabajo con ningún emplead[o]. Nada en los documentos legales del Plan o en el SPD otorga a ningún emplead[o] el derecho a ser empleado por el Empleador o a interferir con el derecho del Empleador a despedir a cualquier empleado en cualquier momento.

ELEGIBILIDAD

EMPLEADOS ELEGIBLES

Por lo general, se le considera un "emplead|o elegible" y es elegible para participar en el Plan si:

- Un emplead regular a tiempo completo, asalariado o por hora de un Empleador programado regularmente para trabajar al menos 30 horas por semana.

El servicio activo continuo con un Empleador se contará como un servicio similar con un Empleador posterior, si el servicio posterior comienza dentro de los 30 días posteriores a la finalización del servicio anterior.

A partir del 1 de septiembre de 2022, el período que debe esperar para participar en el Plan será de 30 días o menos. Los empleados cubiertos por un convenio colectivo de trabajo pueden tener un período de espera diferente. Consulte a su representante local de Recursos Humanos para obtener esta información.

PERSONAS NO ELEGIBLES

Usted no es elegible para participar en el Plan si:

- Programado regularmente para trabajar menos de 30 horas por semana,
- un emplead|o de horas variables que la Compañía determine que no es un emplead|o de tiempo completo que trabaja 30 horas por semana durante el período de medición estándar más reciente o el período de medición inicial, según corresponda, o
- Un emplead|o arrendado.

Una persona que el Administrador del Plan determine que no es un emplead|o no será elegible para participar en el Plan, independientemente de si un tribunal o una autoridad fiscal o reguladora determina que la persona es un emplead|o.

ELEGIBILIDAD PARA BENEFICIOS MÉDICOS Y DE MEDICAMENTOS RECETADOS

Los empleados pueden ser elegibles para recibir beneficios bajo este Plan si cumplen con los criterios a continuación.

- Si está programado regularmente para trabajar 30 o más horas por semana, se considera que es un empleado a tiempo completo.
- Si usted es un empleado a tiempo parcial, de horas variables o de temporada que trabaja un promedio de 30 horas por semana bajo el método retrospectivo que se describe a continuación.

Consulte el Apéndice B para ver las definiciones de los términos en mayúsculas en esta sección.

El método retrospectivo funciona de la siguiente manera. Para determinar si usted es elegible para participar en el Plan, el Empleador medirá sus Horas de Servicio desde el 13 de octubre del año 1 hasta el 12 de octubre del año 2. Este período de tiempo del 13 al 12 de octubre se denomina Período de Medición Estándar. Si tiene un promedio de al menos 30 horas de servicio a la semana durante el Período de medición estándar, será elegible para participar en los beneficios médicos del plan durante el Período de estabilidad estándar, que es el año del plan que comienza el 1 de enero siguiente al final del Período de medición estándar. Usted será elegible para recibir beneficios médicos durante todo el Período de Estabilidad Estándar, incluso si sus horas o

salarios disminuyen durante el Período de Estabilidad Estándar, siempre y cuando siga siendo empleado y continúe haciendo las contribuciones requeridas para su cobertura.

A continuación, se muestra un ejemplo de cómo funcionará el método retrospectivo:

Ann tiene 1642 horas de servicio desde el 13 de octubre de 2021 hasta el 12 de octubre de 2022, lo que representa más de 30 horas de servicio a la semana en promedio durante el período de medición estándar. Por lo tanto, se la considera a tiempo completo durante el Período de Estabilidad Estándar del Plan y será elegible para los beneficios médicos del Plan desde el 1 de enero de 2023 hasta el 31 de diciembre de 2023.

Cada año, el Empleador calculará cuántas Horas de Servicio ha trabajado cada Empleado a Tiempo Parcial, Hora Variable o Estacional durante el Período de Medición Estándar y le informará si es elegible para recibir beneficios médicos antes del próximo Período de Estabilidad Estándar.

Si experimenta un período de 13 semanas consecutivas (o más) sin una Hora de Servicio, ya sea porque termina su empleo o está ausente por alguna otra razón, tendrá una Interrupción en el Servicio y será tratado como un Nuevo Empleado en la medida permitida por la ley (consulte las reglas que se aplican a los Nuevos Empleados a continuación). El Administrador del Plan puede, a su discreción, determinar que usted tiene una Interrupción en el Servicio utilizando una "Regla de Paridad" alternativa. Refiérase a la definición de Interrupción del Servicio en el Apéndice B para una descripción de la Regla de Paridad.

Nuevos empleados

Se le considera un Empleado Nuevo a los efectos de la elegibilidad para los beneficios médicos del Plan si no trabajó durante todo el Período de Medición Estándar antes del año del plan. Cuando lo contratan como un Nuevo Empleado, el Empleador lo clasificará como Nuevo Tiempo Completo, Nuevo Tiempo Parcial, Hora Variable o Estacional para fines de elegibilidad para los beneficios médicos del Plan.

Nuevo empleado a tiempo completo

Si está programado regularmente para trabajar al menos 30 horas por semana en su fecha de contratación, el Empleador lo clasificará como un Nuevo Empleado de Tiempo Completo y será elegible para los beneficios médicos del Plan después de completar el período de espera.

Horario Variable/Nuevo Empleado a Tiempo Parcial/Estacional

Si el Empleador lo clasifica como un Empleado de Horas Variables, un Nuevo Empleado de Tiempo Parcial o un Empleado de Temporada, el Empleador medirá sus Horas de Servicio durante un Período de Medición Inicial para determinar si usted promedia más de 30 Horas de Servicio a la semana. Los pasantes y los estudiantes cooperativos se clasifican como empleados de horas variables. Su Período de Medición Inicial comenzará el primer día del mes siguiente a la fecha de contratación y finalizará 12 meses después.

Si tiene un promedio de al menos 30 horas de servicio durante el período de medición inicial, se le notificará que es elegible para la cobertura durante un período de tiempo después del período de medición inicial llamado período de estabilidad inicial, y se le dará la oportunidad de elegir la cobertura médica. Si es elegido, su cobertura médica comenzará a más tardar el primer día del mes siguiente a los 13 meses calendario completos después de su fecha de contratación. Si su Período de Estabilidad Inicial abarca dos años del plan, se le dará otra oportunidad de elegir la cobertura médica o cambiar su elección de cobertura médica en la inscripción anual junto con todos los demás empleados elegibles.

Si tiene un promedio de menos de 30 horas de servicio durante el período de medición inicial, no será elegible para la cobertura médica durante el período de estabilidad inicial.

Una vez que haya trabajado un Período de Medición Estándar completo, su elegibilidad se medirá durante el Período de Medición Estándar como se describe en la sección anterior.

¿Qué sucede si cambia las clasificaciones de trabajo durante el período de medición inicial? Si lo contratan como un nuevo Empleado de Hora Variable, Estacional o Nuevo Empleado a Tiempo Parcial, pero durante el Período de Medición Inicial lo trasladan a una clasificación de trabajo que, si hubiera sido contratado en esa clasificación de trabajo originalmente, habría sido un Nuevo Empleado de Tiempo Completo, será elegible para la cobertura el primer día del cuarto mes siguiente al cambio de clasificación de trabajo. Si usted sería elegible antes durante un Período de Estabilidad Inicial, será elegible el primer día del Período de Estabilidad Inicial.

Consulte el Apéndice B para obtener información adicional

El método retrospectivo para determinar la elegibilidad se basa en las regulaciones del IRS. Consulte el Apéndice B para ver las definiciones relacionadas con el método retrospectivo.

Personas que no son elegibles para beneficios médicos y de medicamentos recetados

Usted no es elegible para participar en los beneficios médicos y de medicamentos recetados del Plan si:

- un emplead|o arrendado,
- un contratista independiente, o
- un miembro de una unidad de negociación colectiva, a menos que el acuerdo de negociación colectiva estipule su participación en el Plan.

Las determinaciones de elegibilidad son hechas por el administrador del plan

Está únicamente dentro de la autoridad del Administrador del Plan determinar si usted es elegible para los beneficios de Medicamentos Médicos y Recetados bajo este Plan. Una persona que el Administrador del Plan determine que no es un emplead|o y que posteriormente deba ser reclasificada como emplead|o solo será elegible prospectivamente, siempre que se cumplan todos los demás requisitos de elegibilidad.

Reglas especiales de elegibilidad

Si lo vuelven a contratar como empleado de tiempo completo dentro de los seis meses posteriores a la fecha de terminación, no está obligado a cumplir con un nuevo período de espera.

Si usted es un Empleado de Tiempo Completo que fue contratado por una filial de la Compañía fuera de los Estados Unidos y es transferido a una ubicación de un Empleador en los Estados Unidos, no está obligado a cumplir con un período de espera.

Los empleados elegibles que residen en Canadá, pero trabajan en los Estados Unidos y se les paga a través de la nómina de los EE. UU., tienen la opción de inscribirse en el plan de atención médica de los EE. UU. (médico, medicamentos recetados, dental y de la vista) e inscribir a su cónyuge y dependientes en el plan canadiense para atención médica extendida y dental. Esta opción está disponible para los empleados siempre que el grupo en el que están empleados tenga al menos 3 empleados inscritos en este programa. En caso de que los empleados sean elegibles y elijan esta opción, sus contribuciones antes de impuestos estarán determinadas por el nivel de cobertura que seleccionen (solo para el emplead|o, dos personas o familia). Todas las deducciones se harán en dólares estadounidenses.

DEPENDIENTES ELEGIBLES

Medicina, medicamentos recetados, dental y de la vista

Los siguientes dependientes son elegibles para la cobertura médica, de medicamentos recetados, dental y de la vista que se ofrece en el Plan:

- Su cónyuge legalmente casado (incluyendo un cónyuge del mismo sexo y un cónyuge de hecho);
- Sus hijos hasta el final del mes en que cumplan 26 años, independientemente de su estado civil, independientemente de su estado de estudiante y de si viven o no con usted o si usted les brinda algún tipo de apoyo;
- Niños para quienes el Plan está obligado a proporcionar cobertura bajo una Orden de Manutención Médica Calificada de Menores (QMCSO); y
- Sus hijos adultos dependientes con discapacidad mental o física que viven con usted y que dependen principalmente de usted para su manutención (debe proporcionar la documentación adecuada) siempre que el niño haya sido discapacitado antes de los 26 años. Debe notificar a su representante de Recursos Humanos por escrito sobre la condición a más tardar 31 días después de que el niño cumpla 26 años.

Sus dependientes elegibles pueden inscribirse en la cobertura médica, de medicamentos recetados, dental y de la vista del Plan solo si usted (el emplead|o) está inscrito.

Si usted y su cónyuge trabajan para la misma división, puede inscribir a su cónyuge como dependiente cubierto bajo su cobertura y su cónyuge renunciaría a su cobertura. Si está casado con otro emplead|o de una división Magna diferente y ambos son elegibles para la cobertura médica, tanto usted como su cónyuge deben estar inscritos en la cobertura de su propia división. En otras palabras, no puede inscribir a su cónyuge como dependiente cubierto bajo su cobertura si usted y su cónyuge trabajan para diferentes divisiones. Si tiene hijos y se inscribe en la cobertura familiar, se aplican las siguientes reglas especiales:

- Los hijos deben estar inscritos en la cobertura de la división cuyo emplead|o nació primero en el año. Por ejemplo, si usted nació en mayo y su cónyuge nació en septiembre, debe inscribir a los hijos en su cobertura.
- Si usted está inscrito para una cobertura individual y su cónyuge está cubriendo a más de un hijo bajo la cobertura de su división, su división renunciará a su contribución para la cobertura.
- Si tanto usted como su cónyuge han elegido el mismo plan de salud (oro, plata o bronce) con los mismos deducibles, coseguro y desembolso máximo, las divisiones ajustarán el deducible y el límite de desembolso para permitir los niveles familiares de la división que mantiene la cobertura familiar. Es su responsabilidad notificar a su división cuando haya alcanzado el nivel familiar para el deducible y/o el límite de gastos de bolsillo, para que la Compañía pueda comunicarse con el Administrador de Reclamos para realizar el ajuste. Si usted y su cónyuge eligen un plan de salud diferente (por ejemplo, usted elige el plan Oro y su cónyuge elige el plan Plata), el deducible y el límite de gastos de bolsillo no se pueden ajustar.
- La regla de los dos puntos anteriores no se aplica cuando elige el emplead|o más una cobertura (para un hijo). Se aplica solo cuando se elige la cobertura familiar.

Si su cónyuge es elegible para la cobertura médica a través de su empleador que no es de Magna, su cónyuge debe inscribirse en el plan médico de su empleador para ser elegible para la cobertura médica bajo este Plan. Esta regla no se aplica si la cobertura médica de su cónyuge es inasequible. La asequibilidad para

este propósito se basa en la cantidad que su cónyuge debe contribuir al costo de la cobertura bajo el plan de cobertura único de menor costo de su empleador. Si la contribución anual de su cónyuge es superior al 50% del costo total de la opción médica de menor costo bajo este Plan, su cónyuge puede renunciar a la cobertura bajo el plan de su empleador e inscribirse en la cobertura médica bajo este Plan. Sin embargo, si la contribución anual de su cónyuge es igual o inferior al 50% del costo total de la opción médica de menor costo bajo este Plan, su cónyuge debe inscribirse en el plan de su empleador para poder inscribirse en la cobertura médica de este Plan. Esta regla afecta solo al cónyuge: los hijos elegibles pueden estar inscritos en este plan o en la cobertura del plan médico del empleador del cónyuge.

Esta regla tampoco se aplica si su cónyuge solo es elegible para un plan de salud limitado de su empleador que no es Magna. Un plan de salud limitado significa:

- Un plan a corto plazo y de duración limitada;
- Un plan destinado a complementar la cobertura integral de gastos médicos mayores, como un seguro de accidentes o un plan de indemnización hospitalaria;
- Un plan que proporciona un pago por una enfermedad específica, como cáncer o un ataque cardíaco; o
- Un plan de beneficios exceptuado, como un plan dental o de la vista independiente o una cuenta de gastos flexibles de salud.

Si su cónyuge es elegible y está inscrito tanto en el plan médico del empleador como en la cobertura médica de este Plan, su cónyuge no podrá hacer contribuciones a una cuenta de ahorros para la salud (HSA). Por lo tanto, si su cónyuge o el empleador de su cónyuge contribuye a una HSA, no debe inscribir a su cónyuge en la cobertura médica de este Plan.

Usted está obligado a proporcionar prueba de la elegibilidad de sus dependientes cuando se le solicite. La información de elegibilidad falsa o tergiversada hará que tanto su cobertura como la cobertura de sus dependientes se cancelen irrevocablemente (retroactivamente en la medida permitida por la ley), y podría ser motivo de medidas disciplinarias para el emplead|o hasta la terminación. La falta de notificación oportuna de la pérdida de elegibilidad se considerará tergiversación intencional. Si su cobertura se cancela retroactivamente debido a fraude o tergiversación, perderá cualquier contribución realizada.

Sus hijos dependientes incluyen:

- Sus hijos biológicos,
- Hijastros,
- Hijos adoptados legalmente,
- Niños adoptivos,
- Niños que son colocados en su hogar para adopción, y
- Los hijos de los que se le ha designado tutor legal y que dependen principalmente de usted para su manutención y manutención.

Dependientes no elegibles

Las siguientes personas no son elegibles para la cobertura médica, dental o de la vista, independientemente de si son sus dependientes fiscales:

- Un cónyuge que es un emplead|o inscrito en el Plan;
- Su padre o madre de su cónyuge.

Consulte los folletos de beneficios correspondientes para conocer los requisitos de elegibilidad adicionales.

Vida dependiente

Los siguientes dependientes son elegibles para el Seguro de Vida Básico y Suplementario para Dependientes que se ofrece bajo el Plan de Seguro de Vida:

- Su cónyuge legalmente casado, incluido un cónyuge del mismo sexo menor de 65 años, y
- Su hijo natural o hijastro o el de su cónyuge, o hijo adoptado legalmente menor de 26 años. Consulte los folletos de beneficios correspondientes para conocer los requisitos de elegibilidad adicionales.

Cuenta de Gastos Flexibles para el Cuidado de la Salud (FSA)

A los efectos de la FSA para el cuidado de la salud, sus dependientes incluyen:

- Su cónyuge legal (incluido un cónyuge del mismo sexo),
- Sus hijos hasta el final del mes en que cumplan 26 años, independientemente de su condición de estudiante, de si están casados o viven con usted y de si usted les proporciona algún tipo de manutención.
- Sus hijos adultos dependientes con discapacidad mental o física que viven con usted y que dependen principalmente de usted para su manutención,
- Cualquier otra persona que cumpla con la definición del Servicio de Impuestos Internos (IRS, por sus siglas en inglés) de un dependiente fiscal (sin tener en cuenta el límite de ingresos), es decir, una persona cuya residencia principal es su hogar, que es miembro de su hogar, a quien proporciona más de la mitad de su manutención y que no es el hijo calificado (según se define en el Código de Impuestos Internos) del empleador o cualquier otra persona. (Tenga en cuenta que un empleador puede tratar al hijo calificado de otra persona como un pariente calificado si el hijo cumple con los otros requisitos enumerados aquí y si la otra persona no está obligada a presentar una declaración de impuestos y no presenta una o presenta una solo para obtener un reembolso de los impuestos sobre la renta retenidos).

Cuenta de Gastos Flexibles (FSA) para el Cuidado de Dependientes

Según las regulaciones del IRS, los "dependientes elegibles" para la FSA de Cuidado de Dependientes incluyen:

- Un niño menor de 13 años que es su hijo calificado (según se define en el Código de Rentas Internas),
- Un cónyuge discapacitado que vive con usted durante más de la mitad del año, y
- Cualquier otro pariente o miembro del hogar que reciba más de la mitad de su manutención de usted, resida en su hogar, sea física o mentalmente incapaz de cuidar de sí mismo y que no sea el hijo calificado del empleador o de cualquier otra persona.

Información adicional sobre elegibilidad

La información adicional sobre cómo y cuándo usted y sus dependientes elegibles se vuelven elegibles para participar en los beneficios a los que se hace referencia en este resumen y cualquier condición y limitación de elegibilidad se encuentran en los Folletos de beneficios proporcionados por las compañías de seguros y/o proveedores de servicios correspondientes.

Órdenes Médicas Calificadas de Manutención de Menores

Es posible que se requiera que el Plan de Beneficios de Bienestar cubra a su hijo debido a una Orden Médica Calificada de Manutención de Menores (QMCSO, por sus siglas en inglés), incluso si usted no ha inscrito al niño. Puede obtener una copia de los procedimientos del Plan de Beneficios de Bienestar que rigen las determinaciones de QMCSO, de forma gratuita, comunicándose con su representante local de Recursos Humanos.

Una QMCSO es cualquier sentencia, decreto u orden, incluido un acuerdo de conciliación aprobado por un tribunal, emitido por un tribunal de relaciones domésticas u otro tribunal de jurisdicción competente, o a través de un proceso

administrativo establecido bajo la ley estatal que tiene fuerza y efecto de ley en ese estado, y que asigna a un niño el derecho a recibir beneficios de salud para los cuales un participante o beneficiario es elegible bajo el Plan de Beneficios de Bienestar, y que el Administrador del Plan determine que está calificado bajo los términos de ERISA y la ley estatal aplicable. Los hijos que pueden estar cubiertos por una QMCSO incluyen a los hijos nacidos fuera del matrimonio, aquellos que no se reclaman como dependientes en su declaración de impuestos federales sobre la renta y los hijos que no residen con usted. Sin embargo, los niños que no son elegibles para la cobertura del Plan de Beneficios de Asistencia Social, debido a su edad, por ejemplo, no pueden ser agregados bajo un QMCSO.

Notificación

Si experimenta un cambio en el estado (consulte las páginas 12-14), debe notificar al Empleador dentro de los 31 días para realizar un cambio en su elección durante el año. El aviso debe ser por escrito y contener el evento de cambio de estado, la fecha del evento y el cambio solicitado, y debe enviarse a su representante local de Recursos Humanos.

Para preservar los derechos de COBRA de su dependiente, debe notificar a su representante local de Recursos Humanos por escrito dentro de los 60 días en caso de divorcio o en caso de que su hijo deje de cumplir con los requisitos de elegibilidad para la cobertura de beneficios. Para obtener más información sobre su deber de notificar al Plan en tal caso, consulte la *sección COBRA* de este SPD.

INSCRIPCIÓN

NUEVOS EMPLEADOS

Cuando comience a trabajar en un Empleador participante, recibirá la información necesaria para inscribirse en el Plan. Usted es elegible y será inscrito automáticamente en lo siguiente:

- Vida Básica/Vida Dependiente Básica
- Muerte Accidental Básica y Desmembramiento (AD&D)
- Plan de Asistencia Familiar para Empleados
- Discapacidad a corto plazo
- Discapacidad básica a largo plazo
- Seguro de accidentes de viaje de negocios: Debe inscribirse afirmativamente a sí mismo y a sus dependientes elegibles dentro del período de espera especificado por su ubicación para:

- Médico (incluida la cobertura de medicamentos recetados)
- Odontología
- Visión
- Vida Suplementaria
- Vida Dependiente Suplementaria
- AD&D voluntario
- Compra de discapacidad a largo plazo
- Cuenta de Gastos Flexibles para el Cuidado de la Salud
- Cuenta de Gastos Flexibles para el Cuidado de Dependientes Si no se inscribe a sí mismo y a sus dependientes elegibles en la cobertura médica dentro de su período de espera, o dentro de un período de tiempo de hasta 31 días después del final de su período de espera (si su división lo permite), se le inscribirá automáticamente en el empleo|o-Solo cobertura en la opción de menor costo. Tendrá que esperar hasta el próximo período de Inscripción Abierta para agregar dependientes o inscribirse en las coberturas de Cuenta de Gastos Flexibles Dentales, de la Vista, de Cuidado de la Salud o de Cuenta de Gastos Flexibles para el Cuidado de Dependientes, a menos que experimente un cambio en el estado.

Si se inscribe en la cobertura médica, se le inscribirá automáticamente en el nivel apropiado de cobertura de medicamentos recetados. No puede inscribirse por separado en la cobertura de medicamentos recetados.

Consulte los folletos de beneficios correspondientes para obtener detalles adicionales sobre la elegibilidad. Aunque la inscripción puede ser automática, la cobertura puede no ser automática.

Si no se inscribe en la cobertura de seguro de vida suplementario, seguro de vida suplementario para dependientes, cobertura complementaria de AD&D o Buy-up LTD cuando es elegible por primera vez, tendrá que esperar hasta el próximo período de inscripción abierta.

En general, su cobertura bajo el Plan comenzará el día después de que haya satisfecho su período de espera. Si se vuelve elegible para la cobertura después de su contratación inicial, su cobertura comenzará en la fecha en que sea elegible para la cobertura, si ha cumplido con su período de espera. La cobertura de sus dependientes elegibles bajo el Plan comenzará en la misma fecha si hace las elecciones necesarias dentro del período de tiempo requerido.

Si usted era un empleado a tiempo parcial y se convierte en un empleado a tiempo completo (programado regularmente para trabajar al menos 30 horas por semana), es elegible de inmediato para inscribirse en la cobertura si ha cumplido con su período de espera. Si usted era un empleado de tiempo completo y se convirtió en un empleado de tiempo parcial (programado regularmente para trabajar menos de 30 horas por semana), perderá la elegibilidad para la cobertura y se le ofrecerá la continuación de la cobertura de COBRA bajo las coberturas de la cuenta de gastos flexibles médica, dental, oftalmológica, EFAP y de salud.

Si se inscribe a sí mismo o a un dependiente en los beneficios de la Cuenta de Gastos Flexibles Médicos, Dentales, de la Vista y de Atención Médica y/o en la Cuenta de Gastos Flexibles para el Cuidado de Dependientes a mitad de año debido a un cambio en el estado, la cobertura entrará en vigencia tan pronto como sea administrativamente posible después de la fecha en que su Recursos Humanos local El representante recibe su solicitud de inscripción oportuna debido a un cambio de estado. Si ha realizado un cambio en su cobertura médica debido al matrimonio o al nacimiento o adopción de un hijo, su cambio de elección entrará en vigencia a partir de la fecha del matrimonio o del nacimiento o adopción (o colocación para adopción).

Si se inscribe a tiempo, su cobertura comenzará en la última de las siguientes fechas: la fecha en que se inscriba o la fecha en que cumpla con los requisitos de elegibilidad. Su representante local de Recursos Humanos le informará sobre el período de espera que se aplica en su ubicación.

Empleados actuales

La inscripción abierta se lleva a cabo cada otoño. Esta es su oportunidad de inscribirse, cambiar o cancelar la cobertura. Los cambios entrarán en vigencia el 1 de enero siguiente a la inscripción abierta. Recibirá información, incluidas instrucciones sobre cómo inscribirse, antes de la inscripción abierta de cada año.

Eventos especiales de inscripción de HIPAA

Si rechaza la inscripción para recibir beneficios médicos para usted o sus dependientes elegibles debido a otro seguro de salud o cobertura de plan de salud grupal, es posible que pueda inscribirse a sí mismo y a sus dependientes elegibles en los beneficios médicos proporcionados bajo el Plan de beneficios de bienestar si usted o sus dependientes elegibles pierden la elegibilidad para esa otra cobertura (o si el otro empleador deja de contribuir a su otra cobertura o a la de sus dependientes). Sin embargo, debe solicitar la inscripción dentro de los 31 días posteriores a que finalice su otra cobertura o la de sus dependientes elegibles (o después de que el otro empleador deje de contribuir a la otra cobertura).

Además, si tiene un nuevo dependiente como resultado de matrimonio, nacimiento, adopción o colocación en adopción, es posible que pueda inscribirse a sí mismo, a su cónyuge y a sus nuevos hijos dependientes elegibles. Sin embargo, debe solicitar la inscripción dentro de los 31 días posteriores al matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción.

Si solicita un cambio debido a un evento especial de inscripción dentro del plazo de 31 días, la cobertura entrará en vigencia en la fecha de matrimonio, nacimiento, adopción o colocación en adopción. For all otros eventos, la cobertura entrará en vigencia tan pronto como sea administrativamente posible después de su solicitud de inscripción.

El Plan de Beneficios de Bienestar debe permitir una inscripción especial de HIPAA para los empleados y dependientes que son elegibles pero no están inscritos si pierden la cobertura de Medicaid o CHIP porque ya no son elegibles, o si se vuelven elegibles para el programa de asistencia para primas de un estado. Los empleados tienen 60 días a partir de la fecha del evento de Medicaid/CHIP para solicitar la inscripción en el Plan de Beneficios de Bienestar. Si solicita este cambio, la cobertura entrará en vigencia tan pronto como sea administrativamente posible después de su solicitud de inscripción. Es posible que se apliquen restricciones específicas, dependiendo de las leyes federales y estatales.

Para solicitar una inscripción especial u obtener más información, comuníquese con su representante local de Recursos Humanos.

CONTRIBUCIONES

CONTRIBUCIONES DE LOS EMPLEADOS

Usted paga su parte del costo de la cobertura médica, dental y de la vista antes de impuestos (consulte a continuación para obtener más información). El nivel de contribución es determinado por el Empleador.

Las contribuciones a la Cuenta de Gastos Flexibles para el Cuidado de la Salud y el Cuidado de Dependientes también se realizan antes de impuestos. Si desea inscribirse, se le pedirá que acepte que su salario se reduzca por el monto de contribución elegido.

Si está inscrito en la cobertura de Vida Suplementaria, Vida Suplementaria para Dependientes, AD&D Suplementaria y Compra por Discapacidad a Largo Plazo, usted paga el costo de la cobertura después de impuestos. Las contribuciones se deducen de sus cheques de pago en función del nivel de cobertura elegido.

Usted no paga impuestos del Seguro Social sobre el dinero antes de impuestos que utiliza para pagar la cobertura del Plan. Como resultado, las ganancias utilizadas para calcular sus beneficios del Seguro Social al momento de la jubilación no incluirán estas contribuciones. Esto podría resultar en una pequeña reducción en el beneficio del Seguro Social que recibe al jubilarse. Sin embargo, sus ahorros en impuestos actuales bajo el Plan normalmente serán mayores que cualquier reducción eventual en los beneficios del Seguro Social.

Los empleados que estén de licencia y que no reciban cheques de pago regulares deberán hacer cualquier contribución requerida directamente a su representante local de Recursos Humanos.

PLAN DE CAFETERÍA – CONVERSIÓN PREMIUM

Magna International of America, Inc. ha establecido un plan de conversión de primas bajo el Plan de Cafetería para que usted pueda pagar sus contribuciones para las coberturas Médicas, Dentales y de la Vista y las Cuentas de Gastos Flexibles de Cuidado de Salud y Cuidado de Dependientes proporcionadas bajo el Plan antes de impuestos.

HACER CAMBIOS EN SU COBERTURA DURANTE EL AÑO

En general, los planes de beneficios y los niveles de cobertura que elija cuando se inscriba por primera vez permanecerán vigentes durante el resto del año del plan en el que esté inscrito. Las elecciones que haga en el período de inscripción abierta generalmente permanecen vigentes para el siguiente año del plan (del 1 de enero al 31 de diciembre).

CAMBIOS DE ESTADO

Seguros de Vida Suplementarios, Seguros de Vida por Dependientes, AD&D Suplementarios y Cambios de Mitad de Año por Incapacidad a Largo Plazo

No puede hacer cambios en sus elecciones de seguro de vida suplementario, seguro de vida por dependientes, AD&D suplementario y Compra de Incapacidad a Largo Plazo durante el Año del Plan, excepto que:

- puede cancelar la cobertura si termina su empleo o si usted o sus dependientes dejan de ser elegibles para los beneficios del Plan; o
- Puede hacer cambios en su cobertura de vida por dependiente para los hijos después del nacimiento o la adopción de un hijo o para un cónyuge después del matrimonio o divorcio.

Cambios de mitad de año en la cuenta de gastos médicos, dentales, oftalmológicos y flexibles

Es posible que pueda cambiar sus elecciones de Cuenta de Gastos Flexibles para el Seguro Médico, Dental, de la Vista y de la Salud o de la Cuenta de Gastos Flexibles para el Cuidado de Dependientes durante el Año del Plan si experimenta un cambio de estatus.

Si experimenta uno de los eventos que se describen a continuación y desea realizar un cambio en su cobertura debido a dicho evento, debe notificar a su representante local de Recursos Humanos dentro de los 31 días posteriores al evento, o 60 días para ciertos eventos como se describe en Inscripciones especiales de HIPAA en este folleto. Si no notifica a su representante local de Recursos Humanos dentro del período de 31 días, no podrá realizar ningún cambio en su cobertura hasta el próximo período de inscripción abierta.

Tenga en cuenta que para cambiar sus elecciones de beneficios debido a un cambio en el estatus, es posible que deba mostrar pruebas que verifiquen que estos eventos han ocurrido (por ejemplo, copia del certificado de matrimonio o nacimiento, decreto de divorcio, etc.) Estas reglas se aplican a las elecciones que haga para su Cuenta de Gastos Flexibles para el Seguro Médico, Dental, de la Vista, de Cuidado de la Salud y para la Cuenta de Gastos Flexibles de Cuidado de Dependientes. La siguiente es una lista de cambios en el estado que pueden permitirle realizar un cambio en sus elecciones (siempre que cumpla con los requisitos de coherencia, como se describe a continuación).

- **Estado civil legal:** Cualquier evento que cambie su estado civil legal, incluido el matrimonio, el divorcio, la muerte de un cónyuge, la separación legal y la anulación;
- **Número de dependientes elegibles:** Cualquier evento que cambie su número de dependientes elegibles, incluidos el nacimiento, la muerte, la adopción, la tutela legal y la colocación para adopción;
- **Situación laboral:** Cualquier evento que cambie su situación laboral o la de sus dependientes elegibles que resulte en la obtención o pérdida de la elegibilidad para la cobertura. Algunos ejemplos son:
 - Inicio o finalización del empleo;
 - Una huelga o cierre patronal;
 - Iniciar o regresar de una excedencia sin goce de sueldo;
 - Pasar de un empleo a tiempo parcial a un empleo a tiempo completo o viceversa; y
 - Un cambio en el lugar de trabajo;

- **Estado de dependiente:** Cualquier evento que haga que sus dependientes sean elegibles o no elegibles para la cobertura debido a su edad, estado de estudiante o circunstancias similares;
- **Residencia:** Un cambio en el lugar de residencia para usted o sus dependientes elegibles si el cambio resulta en que usted o sus dependientes elegibles vivan fuera del área de servicio de la red de su plan médico o dental;
- **Eventos de inscripción especial de HIPAA:** Eventos como la pérdida de otra cobertura que califican como eventos de inscripción especial según la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos (HIPAA);
- **Licencia sin goce de sueldo:** Comenzar o regresar de una licencia sin goce de sueldo.

Requisitos de coherencia para los cambios de estado

A excepción de los cambios en las elecciones debido a una inscripción especial de HIPAA, los cambios que realice en su cobertura deben ser "a causa del evento y corresponderse con". Para cumplir con la "regla de consistencia", tanto el evento como el cambio correspondiente en la cobertura deben cumplir con todos los siguientes requisitos:

- **Efecto en la elegibilidad:** El evento debe afectar la elegibilidad para la cobertura bajo el Plan o bajo un plan patrocinado por el empleador de su dependiente. Esto incluye cualquier momento en que se vuelva elegible (o no elegible) para la cobertura o si el evento resulta en un aumento o disminución en el número de sus hijos dependientes que pueden beneficiarse de la cobertura del Plan.
- **Cambio de elección correspondiente:** El cambio de elección debe corresponder con el evento. Por ejemplo, si su(s) hijo(s) dependiente(s) pierde(n) la elegibilidad para la cobertura bajo los términos del plan de salud, usted puede cancelar la cobertura de salud solo para ese(s) hijo(s) dependiente(s). No puede cancelar la cobertura para usted u otros dependientes cubiertos.

OTROS EVENTOS QUE TE PERMITEN CAMBIAR LAS ELECCIONES

Derecho a las prestaciones del Gobierno

Si usted o sus dependientes elegibles tienen derecho o pierden el derecho a Medicare o Medicaid, puede realizar el cambio correspondiente en sus elecciones de Cuenta de Gastos Flexibles Médicos, Dentales, de la Vista y de Atención Médica. Si usted o sus dependientes elegibles pierden el derecho a ciertos otros programas médicos grupales gubernamentales, puede realizar el cambio correspondiente en sus opciones médicas, dentales y de la vista.

QMCSOs

Si una Orden Médica Calificada de Manutención de Menores (QMCSO, por sus siglas en inglés) requiere que el Plan de Beneficios de Bienestar brinde cobertura a su hijo, entonces el Administrador del Plan puede cambiar automáticamente su elección bajo el Plan de Beneficios de Bienestar para proporcionar cobertura a ese niño. Además, puede realizar los cambios electorales correspondientes como resultado de la QMCSO, si lo desea. Si la QMCSO requiere que otra persona (como su cónyuge o ex cónyuge) brinde cobertura para el niño, entonces usted puede cancelar la cobertura para ese niño bajo el Plan de Beneficios de Bienestar si proporciona prueba al Administrador del Plan de que dicha otra persona realmente proporciona la cobertura para el niño.

EVENTOS DE CAMBIO DE COSTO O COBERTURA

En algunos casos, puede hacer elecciones si el tipo de cobertura o el costo de la cobertura cambian. Estas reglas no se aplican a la Cuenta de Gastos Flexibles para el Cuidado de la Salud. Tenga en cuenta que si el cambio se produce en el plan de otro empleador, es posible que deba mostrar pruebas que verifiquen que estos eventos han ocurrido.

Cambios en los costos

Si el Administrador del Plan determina que hay un aumento o disminución significativa en el costo de las coberturas médicas, dentales y de la vista, es posible que se le permita revocar su elección y hacer una nueva elección correspondiente. Si anteriormente rechazó la cobertura, también puede hacer una nueva elección correspondiente.

Cualquier cambio en el costo de su opción de plan que el Administrador del Plan determine que *no es* significativo resultará en un aumento o disminución automáticos, según corresponda, en su participación en el costo total.

Cambios en la cobertura

Las siguientes son situaciones adicionales en las que puede cambiar su cobertura actual.

Restricción o pérdida de cobertura: si su cobertura se restringe significativamente o cesa por completo, puede revocar sus elecciones y elegir la cobertura bajo otra opción que brinde una cobertura similar. La cobertura se considera "significativamente restringida" si hay una reducción general en la cobertura de beneficios. Si la restricción es equivalente a una pérdida completa de la cobertura, y no hay otra cobertura similar disponible, puede revocar su elección actual.

Adición o mejora de la cobertura: si el Plan de Beneficios de Bienestar agrega una opción de cobertura o mejora significativamente una opción de cobertura durante el año, puede revocar su elección actual y elegir la opción recién agregada o mejorada.

Cambios en la cobertura bajo el plan de otro empleador— Si su cónyuge o hijo(s) dependiente(s) está empleado y el plan de su empleador permite un cambio en la cobertura de su familiar (ya sea durante el período de inscripción abierta de ese empleador o debido a un cambio de elección a mitad de año permitido por el Código de Rentas Internas), es posible que pueda hacer un cambio de elección correspondiente bajo el Plan de Beneficios de Bienestar. Por ejemplo, si su cónyuge elige la cobertura familiar durante el período de inscripción abierta de su empleador, puede solicitar que se termine su cobertura bajo el Plan de Beneficios de Bienestar.

Pérdida de la cobertura de otro plan de salud grupal: si usted o su cónyuge o hijo(s) dependiente(s) pierden la cobertura de otro plan de salud grupal patrocinado por una institución gubernamental o educativa, incluido un programa estatal de seguro de salud para niños (CHIP), un programa de atención médica de un gobierno tribal indio, un grupo de riesgo de beneficios de salud estatal o un plan de salud grupal de un gobierno extranjero, puede inscribirse para obtener cobertura bajo el Plan de Beneficios de Bienestar.

Cuidado de dependientes: Gastos flexibles, Cambios en el costo o la cobertura de la cuenta

Además de los cambios descritos anteriormente, puede realizar cambios en las elecciones de mitad de año en su Cuenta de Gastos Flexibles para el Cuidado de Dependientes si tiene uno de los siguientes eventos:

- Un aumento o disminución en las tarifas del proveedor de cuidado de dependientes (excepto los aumentos por parte de un proveedor que esté relacionado con usted);
- Usted elige un proveedor de cuidado de dependientes diferente que cobra una cantidad diferente; o
- Realiza un cambio en su horario de trabajo regular o el de su cónyuge que aumenta o disminuye su necesidad de cuidado de dependientes.

COBERTURA DURANTE LA EXCEDENCIA

Las secciones a continuación describen la continuación de beneficios para tres tipos específicos de licencia: Licencia de Ausencia Familiar y Médica, Licencia de Ausencia Militar Activa y Licencia de Ausencia por Discapacidad. Para obtener más información sobre otros tipos de excedencias, póngase en contacto con su Departamento de Recursos Humanos local.

LICENCIA DE FMLA

La Ley Federal de Licencia Familiar y Médica (FMLA, por sus siglas en inglés) permite a los empleados elegibles tomar una cantidad específica de licencia sin goce de sueldo por enfermedad grave, el nacimiento o la adopción de un hijo, para cuidar a un cónyuge, hijo o padre que tenga una condición de salud grave, para cuidar a miembros de la familia heridos mientras están en servicio activo en las Fuerzas Armadas, o para hacer frente a cualquier exigencia calificada que surja del servicio activo de un miembro de la familia en las Fuerzas Armadas. Esta licencia también está disponible para los familiares de los veteranos hasta cinco años después de que un veterano deja el servicio si desarrolla una lesión o enfermedad relacionada con el servicio incurrida o agravada mientras está en servicio activo. Para obtener información adicional sobre las licencias FMLA, comuníquese con su Departamento de Recursos Humanos local.

Si toma una licencia FMLA, puede continuar con su cobertura de salud grupal (cobertura médica, dental, de la vista, del Plan de Asistencia Familiar para Empleados y de la Cuenta de Gastos Flexibles de Atención Médica) para usted y cualquier dependiente cubierto, siempre y cuando continúe pagando su parte del costo de sus beneficios durante la licencia. Si toma una licencia con goce de sueldo, el costo de la cobertura de salud grupal continuará deduciéndose de su pago antes de impuestos. Si toma una licencia sin goce de sueldo que califica bajo la FMLA, puede continuar su participación siempre y cuando contribuya con la parte del empleado activo del costo de la cobertura de salud grupal durante la licencia pagando la cobertura durante su licencia después de impuestos o compensando las contribuciones que se perdieron al regresar de la licencia FMLA. También tiene la opción de suspender su cobertura de salud durante la licencia.

Si la cobertura de su Cuenta de Gastos Flexibles para el Cuidado de la Salud termina durante su licencia, es posible que se le reincorpore si regresa a trabajar el mismo año en que comenzó su licencia. Tendrá la opción de reanudar las contribuciones a las cuentas de gastos al mismo nivel vigente antes de su licencia, o puede optar por aumentar sus contribuciones para "compensar" las contribuciones que perdió durante su período de licencia. Si simplemente reanuda su nivel de contribución anterior, la cantidad disponible para el reembolso del año se reducirá por las contribuciones perdidas durante su licencia. Independientemente de si elige reanudar su nivel de contribución anterior o compensar las contribuciones perdidas, los gastos incurridos mientras su participación en la cuenta está suspendida no serán reembolsados.

Si experimenta un evento de cambio de estado mientras está de licencia, o al regresar de la licencia, puede hacer los cambios apropiados en sus elecciones (por ejemplo, si tiene un bebé y desea aumentar el monto de la cobertura de su Cuenta de Gastos Flexibles para el Cuidado de la Salud).

Sus coberturas de Vida Básica, AD&D, Vida Básica para Cónyuge y Dependientes, Discapacidad a Corto Plazo y Discapacidad Básica a Largo Plazo continuarán durante una licencia FMLA. Su cobertura de Vida Suplementaria, Vida Suplementaria para Dependientes, AD&D, Compra de Discapacidad a Largo Plazo **continuará** durante la licencia FMLA si continúa pagando las contribuciones requeridas después de impuestos durante su licencia. Alternativamente, puede hacer arreglos para compensar sus contribuciones perdidas al regresar de la licencia. Sus contribuciones a la Cuenta de Gastos Flexibles para el Cuidado de Dependientes continuarán durante una licencia pagada, pero se suspenderán si la licencia no es remunerada.

Cualquier cobertura que se cancele durante su licencia FMLA se restablecerá a su regreso sin ninguna evidencia de buena salud o un período de espera recién impuesto.

Si pierde cualquier cobertura de salud grupal durante una licencia FMLA porque no hizo las contribuciones requeridas, puede volver a inscribirse cuando regrese de su licencia. Su cobertura de salud grupal comenzará de nuevo el primer día después de que regrese al trabajo y haga las contribuciones requeridas.

Si no regresa al trabajo al final de su licencia FMLA, es posible que tenga derecho a comprar la continuación de la cobertura de COBRA (consulte la página 18).

PERMISO MILITAR

Si toma una licencia militar, ya sea para servicio activo o para capacitación, tiene derecho a extender su cobertura médica, dental, de la vista, del Plan de Asistencia Familiar para Empleados y de la Cuenta de Gastos Flexibles de Atención Médica hasta por 24 meses, siempre y cuando notifique al empleador con anticipación de la licencia (a menos que la necesidad militar lo impida, o si proporcionar notificación sería imposible o irrazonable). Esta continuación de la cobertura se realiza de conformidad con la Ley de Derechos de Empleo y Reempleo de los Servicios Uniformados de 1994 (USERRA). Su licencia total, cuando se suma a cualquier período anterior de licencia militar del Empleador, no puede exceder los cinco años. Sin embargo, hay una serie de excepciones, como los tipos de servicio que no se cuentan para el límite de cinco años, incluidas las situaciones en las que los miembros del servicio son retenidos involuntariamente más allá de su fecha de servicio obligada; la formación adicional requerida; el servicio federal como miembro de la Guardia Nacional; y el servicio bajo órdenes durante la guerra o emergencias nacionales declaradas por el Presidente o el Congreso. Además, el período máximo de tiempo puede extenderse debido a su hospitalización o convalecencia después de lesiones relacionadas con el servicio después de que finalice su servicio uniformado.

Si la duración total de la licencia es de 30 días o menos, no se le exigirá que pague más que las contribuciones requeridas para los empleados activos. Si la duración total de la licencia es de 31 días o más, es posible que deba pagar hasta el 102% del monto total necesario para cubrir a un empleado (incluido cualquier monto para la cobertura de dependientes) que no esté de licencia militar.

Las coberturas de vida, AD&D e incapacidad continuarán durante su licencia militar. Se le pedirá que compense las contribuciones faltantes cuando regrese al trabajo después de la licencia militar. Sin embargo, la participación en la Cuenta de Gastos Flexibles para el Cuidado de Dependientes terminará.

Si toma una licencia militar, pero su cobertura bajo el Plan se cancela, por ejemplo, porque no elige la cobertura extendida, cuando regrese a trabajar en un Empleador, se le tratará como si hubiera tenido un empleo activo durante su licencia al determinar si se aplica un período de exclusión o espera a las coberturas del plan de salud. USERRA permite que un plan de salud imponga una exclusión o período de espera a una enfermedad o lesión que el Secretario de Asuntos de Veteranos determine que se ha incurrido o agravado durante el desempeño del servicio en los servicios uniformados.

La continuación de la cobertura de USERRA se considera una cobertura alternativa para los fines de COBRA. Por lo tanto, si elige la continuación de la cobertura de USERRA, la cobertura de COBRA generalmente no estará disponible.

LICENCIA POR DISCAPACIDAD

Si su licencia por discapacidad comienza a partir del 1 de enero de 2025

Si comienza una licencia por discapacidad aprobada a partir del 1 de enero de 2025 debido a una enfermedad, lesión o embarazo, debe continuar haciendo sus contribuciones para la cobertura médica, dental y de la vista durante los primeros doce meses de la licencia por discapacidad (seis meses de discapacidad a corto plazo y los primeros seis meses de discapacidad a largo plazo). Su cobertura médica, dental y oftalmológica subsidiada por la Compañía continuará hasta el primer momento en que ocurra (a) 12 meses a partir de la fecha en que comenzó su licencia por

discapacidad; (b) la fecha en que ya no está discapacitado según los términos del Plan de Discapacidad a Corto Plazo o Discapacidad Básica a Largo Plazo; o (c) la fecha en que califica para Medicare debido a su edad, discapacidad o por cualquier otro motivo. Los primeros seis meses de cobertura subsidiada por la Compañía se ejecutarán al mismo tiempo que la licencia por discapacidad a corto plazo. Al comienzo de la licencia, Recursos Humanos le notificará si sus contribuciones se realizarán a través de nómina o mediante un acuerdo de pago por separado. Al final del período de 6 meses de cobertura subsidiada por la Compañía que se ejecuta simultáneamente con la discapacidad a corto plazo, se le ofrecerá la oportunidad de inscribirse en la continuación de la cobertura de COBRA. Los últimos seis meses de cobertura subsidiada por la Compañía continuarían después de que califique para los beneficios por discapacidad a largo plazo y elija COBRA, y este período se ejecutará al mismo tiempo que la continuación de la cobertura de COBRA. Al final del período de 12 meses de cobertura subsidiada por la Compañía, aún será elegible para continuar su cobertura de continuación de COBRA durante los meses restantes en su período de cobertura máxima al 102% del costo de la cobertura.

Si en algún momento durante el período de 12 meses de la cobertura subsidiada, ya no está discapacitado, es decir, ya no está aprobado para discapacidad a corto o largo plazo y no regresa a trabajar al final de su licencia, se le ofrecerá la oportunidad de elegir o continuar la cobertura de continuación de COBRA a su costo durante los meses restantes de su período de cobertura máximo.

Su período máximo de cobertura para fines de la continuación de la cobertura de COBRA comienza en la fecha en que califica para los beneficios por discapacidad a largo plazo, o al final de su licencia por discapacidad a corto plazo si no califica para los beneficios por discapacidad a largo plazo. Si usted falleciera o se volviera elegible para Medicare antes del final del período de 12 meses de la cobertura subsidiada por la Compañía, la cobertura para sus dependientes terminará y es posible que se les ofrezca la continuación de la cobertura de COBRA. Consulte la sección COBRA a continuación. Puede inscribirse en una opción de cobertura médica diferente durante el período de inscripción abierta; sin embargo, si se inscribe en una cobertura que proporciona beneficios más ricos, se le pedirá que pague cualquier aumento relacionado en el costo durante el período de 12 meses de la cobertura subsidiada por la Compañía. Por ejemplo, si está inscrito en la opción plata en el momento de la discapacidad y se inscribe en la opción dorada en un período de inscripción abierta posterior, se le pedirá que pague la diferencia de costo entre la opción dorada y la opción plateada.

También debe continuar cotizando para cualquier beneficio voluntario que desee mantener durante su licencia, como el seguro de vida voluntario o la indemnización por discapacidad. Estos beneficios permanecerán vigentes hasta su terminación de empleo, siempre y cuando realice sus contribuciones oportunamente. Durante los primeros seis meses de su licencia, Recursos Humanos le notificará si sus contribuciones se realizarán a través de nómina o mediante un acuerdo de pago por separado. Después del período inicial de seis meses, debe comunicarse con Recursos Humanos para hacer arreglos de pago.

Los empleados cubiertos por un acuerdo de negociación colectiva pueden estar sujetos a diferentes reglas con respecto a la continuación de la cobertura durante una licencia por discapacidad; Por favor, consulte su convenio colectivo.

Si su licencia por discapacidad a largo plazo comenzó antes del 1 de enero de 2025

Si comenzó una licencia por discapacidad a largo plazo aprobada antes del 1 de enero de 2025 debido a una enfermedad, lesión o embarazo, sus contribuciones para la cobertura médica, dental y de la vista para usted y sus dependientes elegibles no se aplican a las opciones de cobertura en las que está inscrito a partir de la fecha de su discapacidad hasta (a) el 31 de diciembre, lo que ocurra primero, 2025, (b) la fecha en que ya no está discapacitado según los términos del Plan Básico de Discapacidad a Largo Plazo, (c) la fecha en que califica para Medicare debido a la edad, discapacidad o por cualquier otro motivo, o (d) el final de un período de cobertura máxima de 29 meses disponible para usted bajo la continuación de la cobertura de COBRA. Si aún está discapacitado al 31 de diciembre de 2025 y le quedan meses en el período de cobertura máxima de 29 meses, puede continuar con su cobertura de COBRA durante los meses restantes y debe pagar el 102% del costo de la cobertura. El período de cobertura

extendida que comienza en la fecha en que califica para los beneficios por discapacidad a largo plazo se ejecuta simultáneamente con la continuación de la cobertura de COBRA.

Si en algún momento durante el período de la cobertura subsidiada ya no está discapacitado y no regresa a trabajar al final de su licencia, se le ofrecerá la oportunidad de elegir o continuar la cobertura de continuación de COBRA a su costo durante los meses restantes de su período máximo de cobertura.

Su período máximo de cobertura para fines de la continuación de la cobertura de COBRA comienza en la fecha en que califica para los beneficios por discapacidad a largo plazo, o al final de su licencia por discapacidad a corto plazo si no califica para los beneficios por discapacidad a largo plazo. Si usted falleciera o se volviera elegible para Medicare durante el período de tiempo en el que se renuncia a sus contribuciones, la cobertura para sus dependientes terminará y se les puede ofrecer la continuación de la cobertura de COBRA durante los meses restantes en el período máximo de cobertura. Consulte la sección COBRA a continuación.

Puede inscribirse en una opción de cobertura médica diferente durante el período de inscripción abierta; Sin embargo, si se inscribe en una cobertura que proporciona beneficios más ricos, se le pedirá que pague cualquier aumento relacionado en el costo durante el período de tiempo durante el cual se renuncia a sus contribuciones. Por ejemplo, si está inscrito en la opción plata en el momento de la discapacidad y se inscribe en la opción dorada en un período de inscripción abierta posterior, se le pedirá que pague la diferencia de costo entre la opción dorada y la opción plateada.

Los empleados cubiertos por un acuerdo de negociación colectiva pueden estar sujetos a diferentes reglas con respecto a la continuación de la cobertura durante una licencia por discapacidad; Por favor, consulte su convenio colectivo.

CUÁNDO FINALIZA LA COBERTURA

Su cobertura terminará en la primera de las siguientes fechas:

- La fecha en que su cobertura se termina por enmienda del Plan, por terminación total o parcial del Plan, terminación de cualquier contrato o acuerdo de seguro, o por interrupción de las contribuciones por parte del Empleador;
- El día en que deja de cumplir con los requisitos de elegibilidad para un beneficio del Plan en particular. Esto puede ser el resultado de su muerte, reducción de horas o terminación de un empleo activo o puede resultar porque usted promedia menos de 30 Horas de Servicio durante un Período de Medición Estándar, y no es elegible para beneficios Médicos durante el Período de Estabilidad Estándar relacionado;
- El final del período para el cual pagó su contribución requerida si la contribución para el siguiente período no se paga a su vencimiento; o
- La fecha en que se presenta para el servicio militar activo, a menos que la cobertura continúe a través de la Ley de Derechos de Empleo y Reempleo de los Servicios Uniformados (USERRA, por sus siglas en inglés) como se explica en la sección de *Licencia Militar* anterior.

Otras circunstancias que pueden resultar en la terminación, reducción, pérdida o denegación de beneficios (por ejemplo, exclusiones para ciertos procedimientos médicos) se describen en los Folletos de Beneficios.

La cobertura para su cónyuge y otros dependientes termina cuando termina su cobertura. Su cobertura también cesará por otras razones especificadas en los Folletos de Beneficios. Además, su cobertura terminará:

- Para su hijo dependiente, para la cobertura médica, dental y de la vista, al final del mes en el que cumple 26 años (a menos que tenga una discapacidad mental o física y dependa principalmente de usted para su manutención);

- El día en que su cónyuge o hijo legalmente casado ya no se considera un dependiente elegible (por ejemplo, la fecha del divorcio);
- El final del período de pago en el que deja de hacer las contribuciones requeridas para la cobertura de dependientes; o
- Para los niños cubiertos de conformidad con una QMCSO, la cobertura finalizará a partir de la fecha en que el niño ya no esté cubierto por una QMCSO.

Dependiendo del motivo de la terminación de la cobertura, usted y su cónyuge cubierto e hijo(s) dependiente(s) podrían tener derecho a continuar la cobertura de salud temporalmente bajo COBRA (consulte la sección COBRA a continuación) o bajo un derecho de conversión bajo un plan de beneficios en particular. Consulte los folletos de beneficios para obtener más información sobre la conversión.

COBRA

La continuación de la cobertura de COBRA es una extensión temporal de la cobertura de salud grupal bajo el Plan de Beneficios de Bienestar bajo ciertas circunstancias (llamadas "eventos calificados") cuando la cobertura terminaría de otro modo. El derecho a la cobertura de COBRA fue creado por la ley federal, la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria de 1985 (COBRA). La cobertura de COBRA puede estar disponible para usted cuando, de lo contrario, perdería su cobertura de salud grupal bajo el Plan de Beneficios de Bienestar. También puede estar disponible para su cónyuge e hijos dependientes que pierdan la cobertura por ciertas situaciones específicas. Los siguientes párrafos generalmente explican la cobertura de COBRA, cuándo puede estar disponible para usted, su cónyuge e hijos dependientes, y lo que debe hacer para proteger el derecho a recibirla. COBRA se aplica a los beneficios médicos (incluida la cobertura de medicamentos recetados), dentales, oftalmológicos, del Plan de Asistencia Familiar para Empleados y de la Cuenta de Gastos Flexibles para el Cuidado de la Salud. COBRA no se aplica a ningún otro beneficio ofrecido bajo el Plan o por el Empleador (como los beneficios de Life, LTD o AD&D). El Plan no proporciona mayores derechos de COBRA que los que COBRA requiere: nada en esta Descripción Resumida del Plan tiene la intención de expandir sus derechos más allá de los requisitos de COBRA. Es posible que tenga otras opciones disponibles cuando pierda la cobertura de salud grupal. Por ejemplo, puede ser elegible para comprar un plan individual a través del Mercado de Seguros Médicos. Al inscribirse en la cobertura a través del Mercado, puede calificar para costos más bajos en sus primas mensuales y costos de bolsillo más bajos. Además, puede calificar para un período de inscripción especial de 30 días para otro plan de salud grupal para el que sea elegible (como el plan de un cónyuge), incluso si ese plan generalmente no acepta inscritos tardíos.

¿Qué es la cobertura COBRA?

La cobertura de COBRA es la continuación temporal de la cobertura de salud grupal bajo el Plan de Beneficios de Bienestar cuando la cobertura terminaría de otro modo debido a un "evento calificado". Después de que ocurra un evento calificado y cualquier aviso requerido de ese evento se proporcione adecuadamente al Administrador del Plan, la cobertura de COBRA se ofrecerá a cada persona que pierda la cobertura de salud grupal bajo el Plan de Beneficios de Bienestar que sea un "beneficiario calificado". Usted, su cónyuge y sus hijos dependientes podrían convertirse en beneficiarios calificados y tendrían derecho a elegir COBRA si la cobertura de salud grupal bajo el Plan de Beneficios de Bienestar se pierde debido al evento calificado.

La cobertura de COBRA es la misma cobertura que el Plan de Beneficios de Bienestar proporciona a otros participantes o beneficiarios del Plan de Beneficios de Bienestar que no reciben cobertura de COBRA. Cada beneficiario calificado que elija COBRA tendrá los mismos derechos bajo el Plan de Beneficios de Bienestar que otros participantes o beneficiarios cubiertos por la cobertura de salud grupal del Plan elegidos por los beneficiarios

calificados, incluyendo la Inscripción Abierta y los derechos de inscripción especial. Bajo el Plan de Beneficios de Bienestar, los beneficiarios calificados que eligen COBRA deben pagar el costo total de la cobertura de COBRA.

El pronombre "usted" en los siguientes párrafos con respecto a COBRA se refiere a cada persona cubierta por el Plan de Beneficios de Bienestar que es o puede llegar a ser un beneficiario calificado.

¿Quién está cubierto?

Empleados

Si usted es un emplead|o de un Empleador, tendrá el derecho de elegir COBRA si pierde su cobertura de salud grupal bajo el Plan de Beneficios de Bienestar debido a uno de los siguientes eventos calificados:

- Una reducción en sus horas de empleo con el Empleador; o
- La terminación de su empleo con el Empleador (por razones distintas a una falta grave de su parte).

Esposo

Si usted es el cónyuge de un emplead|o de un Empleador, tendrá derecho a elegir COBRA si pierde su cobertura de salud grupal bajo el Plan de Beneficios de Bienestar debido a cualquiera de los siguientes eventos calificados:

- La muerte de su cónyuge;
- La terminación del empleo de su cónyuge con el Empleador (por razones distintas a la mala conducta grave de su cónyuge) o la reducción de las horas de empleo de su cónyuge con el Empleador; o
- Divorcio o separación legal de su cónyuge. Además, si su cónyuge (el emplead|o) reduce o elimina su cobertura de salud grupal en previsión de un divorcio o separación legal, y más tarde ocurre un divorcio o separación legal, entonces el divorcio o la separación legal pueden considerarse un evento calificado para usted, aunque su cobertura se haya reducido o eliminado antes del divorcio o la separación legal.

Hijos a cargo

Si usted es un hijo dependiente de un empleado, tendrá derecho a elegir COBRA si pierde su cobertura de salud grupal bajo el Plan de Beneficios de Bienestar debido a cualquiera de los siguientes eventos calificados:

- La muerte del padre-emplead|o;
- La terminación del empleo del emplead|o padre con el Empleador (por razones distintas a la falta grave del emplead|o) o la reducción de las horas de trabajo del emplead|o;
- El divorcio del padre-emplead|o; o
- Usted, el hijo dependiente, deja de cumplir con la definición de "hijo dependiente" según el Plan.

FMLA

Si toma una licencia que califica bajo la Ley de Licencia Familiar y Médica (FMLA, por sus siglas en inglés) y no regresa a trabajar al final de la licencia, usted (y su cónyuge e hijos dependientes, si los hubiera) tendrán derecho a elegir COBRA si:

- estaba cubierto por una cobertura de salud grupal bajo el Plan de Beneficios de Bienestar el día antes de que comenzara la licencia FMLA (o pasó a estar cubierto por la cobertura de salud grupal bajo el Plan durante la licencia FMLA); y
- pierde la cobertura de salud grupal bajo el Plan de Beneficios de Bienestar porque el emplead|o no regresa al trabajo al final de la licencia.

La cobertura de COBRA comenzará en la primera de las siguientes situaciones:

- cuando informe definitivamente al Empleador que no regresará al final de la licencia; o
- El fin de la licencia, suponiendo que no se reincorpore al trabajo.

Niño recién elegible

Si usted, el ex empleado de un empleador, elige la cobertura de COBRA y luego tiene un hijo (ya sea por nacimiento, adopción o colocación en adopción) durante el período de la cobertura de COBRA, el nuevo hijo también es elegible para convertirse en un beneficiario calificado. De acuerdo con los términos de la elegibilidad del Plan de Beneficios de Bienestar y otros requisitos para la cobertura de salud grupal y los requisitos de la ley federal, estos beneficiarios calificados pueden ser agregados a la cobertura de COBRA proporcionando al Administrador de COBRA (consulte la Información de contacto) un aviso del nacimiento, adopción o colocación en adopción del nuevo niño. Este aviso debe proporcionarse dentro de los 31 días posteriores al nacimiento, adopción o colocación en adopción. La notificación debe ser por escrito y debe incluir el nombre del nuevo beneficiario calificado, la fecha de nacimiento o adopción del nuevo beneficiario calificado y el certificado de nacimiento o decreto de adopción.

Si no notifica al administrador de COBRA dentro de los 31 días, no se le ofrecerá la opción de elegir la cobertura de COBRA para el niño recién adquirido. Los hijos dependientes recién adquiridos (que no sean hijos nacidos, adoptados o puestos en adopción con el emplead|o) no se considerarán beneficiarios calificados, pero pueden agregarse a la cobertura de continuación del empleado, si se inscriben de manera oportuna, sujeto a las reglas del Plan de Beneficios de Bienestar para agregar un nuevo dependiente.

QMCSO

Un hijo del emplead|o cubierto que recibe beneficios bajo el Plan de Beneficios de Bienestar de conformidad con una orden de manutención médica calificada de los hijos (QMCSO) recibida por el Plan de Beneficios de Bienestar durante el período de empleo del empleado cubierto con un Empleador tiene los mismos derechos para elegir a COBRA como hijo dependiente elegible del empleado cubierto.

¿Cuándo está disponible la cobertura de COBRA?

Cuando el evento calificado es el fin del empleo, la reducción de las horas de empleo o la muerte del empleado, el Plan de Beneficios de Bienestar ofrecerá cobertura COBRA a los beneficiarios calificados. No es necesario que notifique al Empleador de ninguno de estos tres eventos que califican.

Para un evento calificado que es un divorcio o separación legal del emplead|o y su cónyuge o la pérdida de la elegibilidad de un hijo dependiente para la cobertura, una elección de COBRA estará disponible para usted solo si notifica a su representante local de Recursos Humanos por escrito dentro de los 60 días posteriores a la fecha del evento calificado. Usted o un representante que actúe en su nombre (como un miembro de la familia) es responsable de proporcionar el aviso requerido.

El aviso debe incluir la siguiente información:

- El nombre del emplead|o que está o estuvo cubierto por el Plan de Beneficios de Bienestar;
- El (los) nombre(s) y dirección(es) de todos los beneficiarios calificados que perdieron (o perderán) la cobertura bajo el Plan de Beneficios de Bienestar debido al evento calificado;
- El evento calificado que da lugar a la cobertura de COBRA;
- La fecha del evento clasificatorio; y
- La firma, el nombre y la información de contacto de la persona que envía el aviso.

Además, debe proporcionar documentación que respalde la ocurrencia del evento calificado, si el Empleador lo solicita. La documentación aceptable incluye una copia de la sentencia de divorcio o del

(los) certificado(s) de nacimiento, licencia de conducir, licencia de matrimonio o carta de una universidad o institución que indique un cambio en el estado de estudiante.

Debe enviar por correo o entregar personalmente este aviso a su Departamento de Recursos Humanos local. Si no se siguen los procedimientos anteriores o si la notificación no se proporciona al Recursos Humanos local dentro del período de notificación de 60 días, perderá su derecho a elegir COBRA. Además, si alguna reclamación se paga por error por gastos incurridos después de la fecha en que normalmente se perdería la cobertura debido al evento que califica, se le exigirá que reembolse al Plan de Beneficios de Bienestar por cualquier reclamación pagada por error.

Cómo elegir a COBRA

Para elegir la cobertura de COBRA, debe completar el formulario de elección que forma parte del aviso de elección de COBRA del Plan de Beneficios de Bienestar y enviarlo por correo al Administrador de COBRA en BASIC, P.O. Box 631084, Cincinnati, Ohio 45263-1084.

Se proporcionará un aviso de elección a los beneficiarios calificados en el momento del evento calificado.

Según la ley federal, usted debe elegir la cobertura de COBRA dentro de los 60 días a partir de la fecha en que perdería la cobertura debido a un evento calificado o, si es posterior, 60 días después de la fecha en que se le proporciona el aviso de elección de COBRA del Plan de Beneficios de Bienestar. Su elección debe tener matasellos dentro del período de elección de 60 días. Si no presenta un formulario de elección completo dentro del período de elección de 60 días, perderá su derecho a COBRA.

Si devuelve su formulario de elección renunciando a sus derechos a COBRA y cambia de opinión dentro del período de elección de 60 días, puede revocar su renuncia y aún así elegir la cobertura de COBRA siempre que esté dentro del período de elección original de 60 días. Sin embargo, su cobertura de COBRA entrará en vigencia a partir de la fecha en que revocó su renuncia a la cobertura.

Elecciones separadas

Cada beneficiario calificado tiene un derecho de elección independiente para la cobertura de COBRA. Por ejemplo, incluso si el emplead|o no elige la cobertura de COBRA, otros miembros de la familia que son beneficiarios calificados pueden optar por estar cubiertos por COBRA. Además, si hay una opción entre los tipos de cobertura, cada beneficiario calificado que es elegible para la continuación de la cobertura de COBRA tiene derecho a hacer una elección separada entre los tipos de cobertura. Por lo tanto, un cónyuge o hijo dependiente puede elegir una cobertura diferente a la que elige el emplead|o.

Un emplead|o o cónyuge cubierto también puede hacer la elección de COBRA en nombre de todos los beneficiarios calificados y un padre o tutor legal puede hacer la elección en nombre de un hijo menor de edad. Cualquier beneficiario calificado para quien COBRA no sea elegido dentro del período de elección de 60 días perderá su derecho a elegir la cobertura de COBRA.

Cobertura

Si elige la continuación de la cobertura de COBRA, su cobertura generalmente será idéntica a la cobertura proporcionada a los empleados o familiares "en una situación similar" en el momento en que pierde la cobertura. Sin embargo, si se realizan cambios en la cobertura para empleados o familiares en una situación similar, su cobertura también se modificará. "Con una situación similar" se refiere a un emplead|o actual o hijo(s) dependiente(s) que no ha tenido un evento calificado. Los beneficiarios calificados en COBRA tienen los mismos derechos de inscripción y cambio de elección que los empleados activos.

Medicare y otras coberturas

Los beneficiarios calificados que tienen derecho a elegir COBRA pueden hacerlo incluso si tienen otra cobertura de salud grupal o tienen derecho a los beneficios de Medicare en o antes de la fecha en que COBRA es elegido. Sin embargo, como se discute con más detalle a continuación, la cobertura de COBRA de un beneficiario calificado terminará automáticamente si después de elegir COBRA, él o ella tiene derecho a los beneficios de Medicare o pasa a estar cubierto por otra cobertura de plan de salud grupal. Cuando complete la elección de, debe notificar al Administrador de COBRA si algún beneficiario calificado ha adquirido derecho a Medicare (Parte A, Parte B o ambas) y, de ser así, la fecha en que tiene derecho a Medicare.

Elegir entre la cobertura de Medicare y COBRA

En general, si no se inscribe en la Parte A o B de Medicare cuando es elegible por primera vez porque todavía tiene empleo, después del período de inscripción inicial para la Parte A o B de Medicare, tiene un período de inscripción especial de 8 meses¹ para inscribirse, comenzando el primero de los siguientes días:

- El mes después de que termine su empleo; o
- El mes después de que finalice la cobertura del plan de salud grupal basado en el empleo actual.

Si no se inscribe en la Parte B de Medicare y elige la continuación de la cobertura de COBRA, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía en la Parte B y es posible que tenga una interrupción en la cobertura si decide que quiere la Parte B más adelante. Si elige la continuación de la cobertura de COBRA y luego se inscribe en la Parte A o B de Medicare antes de que finalice la continuación de la cobertura de COBRA, el Plan puede cancelar su continuación de la cobertura. Sin embargo, si la Parte A o B de Medicare entra en vigencia en o antes de la fecha de la elección de COBRA, la cobertura de COBRA no puede suspenderse debido a su derecho a Medicare, incluso si se inscribe en la otra parte de Medicare después de la fecha de la elección de la cobertura de COBRA.

Si está inscrito tanto en la continuación de la cobertura de COBRA como en Medicare, Medicare generalmente pagará primero (pagador principal) y COBRA pagará en segundo lugar. Ciertos planes de continuación de cobertura de COBRA pueden pagar como si fueran secundarios a Medicare, incluso si usted no está inscrito en Medicare.

Para obtener más información, visite <https://www.medicare.gov/medicare-and-you>.

Cobertura de FSA COBRA para el cuidado de la salud

La cobertura de COBRA bajo la Cuenta de Gastos Flexibles para el Cuidado de la Salud se ofrecerá solo a los beneficiarios calificados que pierdan la cobertura y tengan cuentas con gastos insuficientes. Un beneficiario calificado tiene una cuenta de gastos insuficientes si el límite anual elegido por el empleado cubierto en virtud de la Cuenta de Gastos Flexibles para el Cuidado de la Salud, reducido por los reembolsos de los gastos incurridos hasta el momento del evento calificado, es igual o mayor que el monto de las primas de COBRA para el Gasto Flexible de Cuidado Médico.

¹ <https://www.medicare.gov/sign-up-change-plans/how-do-i-get-parts-a-b/part-a-part-b-sign-up-periods>. Estas reglas son diferentes para las personas con enfermedad renal en etapa terminal (ESRD).

cobertura que se cobrará por el resto del año del plan. La cobertura de COBRA para la Cuenta de Gastos Flexibles de Atención Médica, si se elige, consistirá en la cobertura de la Cuenta de Gastos Flexibles para Atención Médica vigente en el momento del evento calificado (es decir, el límite anual elegido reducido por los gastos reembolsados hasta el momento del evento calificado). La regla de uso o pérdida y la reinversión de \$500 continuarán aplicándose. Todos los beneficiarios calificados que estaban cubiertos por la Cuenta de Gastos Flexibles para el Cuidado de la Salud estarán cubiertos juntos para la cobertura COBRA de la Cuenta de Gastos Flexibles para el Cuidado de la Salud. Sin embargo, cada beneficiario calificado tiene derechos de elección separados, y cada uno podría elegir alternativamente una cobertura de COBRA separada para cubrir solo a ese beneficiario calificado, con un límite de cobertura anual de la Cuenta de Gastos Flexibles para el Cuidado de la Salud y una prima de COBRA separada.

Costo de la cobertura de COBRA

Se requiere que cada beneficiario calificado pague el costo total de la cobertura de COBRA. El monto que se le puede exigir a un beneficiario calificado que pague no puede exceder el 102% (o, en el caso de una extensión de la cobertura de COBRA debido a una discapacidad, el 150%) del costo para el plan de salud grupal (incluidas las contribuciones del empleador y del empleado) para la cobertura de un participante o beneficiario del plan en una situación similar que no esté recibiendo cobertura de COBRA.

El monto de sus primas de COBRA puede cambiar de vez en cuando durante su período de cobertura de COBRA y lo más probable es que aumente con el tiempo. Se le notificará de los cambios en las primas de COBRA.

Su primera prima vence dentro de los 45 días posteriores a su elección de la cobertura COBRA. Si no realiza su primer pago por la cobertura de COBRA dentro de los 45 días posteriores a la fecha de su elección oportuna, perderá todos los derechos de COBRA bajo el Plan de Beneficios de Asistencia Social. A partir de entonces, los pagos vencen el primer día de cada mes al que se aplican los pagos (los pagos deben tener matasellos del final del período de gracia de 30 días o antes). Si no realiza un pago mensual antes de que finalice el período de gracia de ese mes, perderá todos los derechos a la cobertura de COBRA bajo el Plan de Beneficios de Bienestar.

Todas las primas de COBRA deben pagarse con cheque o giro postal. Su primer pago y todos los pagos mensuales de la cobertura de COBRA deben enviarse por correo o entregarse personalmente al administrador de COBRA.

Si se envía por correo, se considera que su pago se ha realizado en la fecha en que se matasella. No se considerará que ha realizado ningún pago enviando un cheque por correo si su cheque es devuelto debido a fondos insuficientes o de otra manera.

Su primer pago debe cubrir el costo de la cobertura de COBRA desde el momento en que su cobertura bajo el Plan de Beneficios de Bienestar habría terminado hasta el final del mes anterior al mes en que realiza su primer pago. Usted es responsable de asegurarse de que el monto de su primer pago sea correcto. Puede comunicarse con el Administrador de COBRA para confirmar el monto correcto de su primer pago.

La cobertura de COBRA no es efectiva hasta que usted la elija y realice el pago requerido. Las reclamaciones de reembolso no se procesarán ni pagarán hasta que haya elegido COBRA y haya realizado el primer pago por ella.

Duración de COBRA

Si pierde la cobertura debido a la terminación del empleo o la reducción de horas, la ley requiere que se le dé la oportunidad de mantener la cobertura de COBRA durante un máximo de 18 meses. For all otros eventos que califican, la ley requiere que se le dé la oportunidad de mantener la cobertura de COBRA durante un máximo de 36 meses.

Cuando la cobertura se pierde debido a la terminación del empleo o la reducción de horas, y el emplead|o tiene derecho a los beneficios de Medicare menos de 18 meses antes del evento calificado, la cobertura de COBRA para los beneficiarios calificados (que no sean el empleado) que pierden la cobertura como resultado del evento calificado puede durar hasta un máximo de 36 meses después de la fecha en que tiene derecho a Medicare. Este período de cobertura de COBRA está disponible solo si el emplead|o cubierto tiene derecho a Medicare dentro de los 18 meses ANTES de la terminación o reducción de horas.

El período máximo de cobertura de COBRA para la Cuenta de Gastos Flexibles de Atención Médica finaliza el último día del Año del Plan en el que ocurrió el evento calificado, sujeto a cualquier monto que se reinvierta. La cobertura de COBRA para la Cuenta de Gastos Flexibles de Atención Médica no se puede extender bajo ninguna circunstancia.

La cobertura de COBRA puede terminar antes de cualquiera de los períodos máximos anteriores por varias razones. Consulte la sección Terminación anticipada de COBRA a continuación para obtener más información.

Evento clasificatorio de 29 meses (debido a discapacidad)

Si el evento calificado que resultó en su elección de COBRA fue la terminación del empleo o la reducción de horas del emplead|o cubierto, puede estar disponible una extensión del período máximo de cobertura si un beneficiario calificado está discapacitado. Si la Administración del Seguro Social determina que un beneficiario calificado está discapacitado y usted notifica al Administrador de COBRA de manera oportuna, todos los beneficiarios calificados de su familia pueden tener derecho a recibir hasta 11 meses adicionales de cobertura de COBRA, para un total de 29 meses. La discapacidad debe haber comenzado en algún momento antes del día 61 después de la terminación del empleo o la reducción de horas del emplead|o cubierto y debe durar hasta el final del período de cobertura de COBRA que estaría disponible sin la extensión de la discapacidad (generalmente

18 meses, como se ha descrito anteriormente). Cada beneficiario calificado tendrá derecho a la extensión por discapacidad si uno de ellos califica.

Para continuar con la cobertura durante los 11 meses adicionales, usted o un representante que actúe en su nombre debe notificar al Administrador de COBRA por escrito sobre la determinación de la Administración del Seguro Social dentro de un plazo

60 días después de la última de las siguientes fechas:

- La fecha de la determinación de discapacidad de la Administración del Seguro Social;
 - La fecha de terminación del empleo o reducción de horas del emplead|o cubierto; y
 - La fecha en la que el beneficiario calificado pierde (o perdería) la cobertura bajo los términos del Plan como resultado de la terminación del empleo o la reducción de horas del emplead|o cubierto. También debe proporcionar este aviso dentro de los 18 meses posteriores al despido o reducción de horas del emplead|o cubierto para tener derecho a una extensión por discapacidad. La notificación debe proporcionarse por escrito y debe incluir la siguiente información:
- El (los) nombre(s) y dirección(es) de todos los beneficiarios calificados que reciben COBRA debido al evento calificado inicial;
 - El nombre y la dirección del beneficiario calificado discapacitado;
 - La fecha en que el beneficiario calificado queda incapacitado;
 - La fecha en que la Administración del Seguro Social hizo su determinación de incapacidad;
 - Una declaración de si la Administración del Seguro Social ha determinado posteriormente que el beneficiario calificado ya no está discapacitado; y
 - La firma, el nombre y la información del contrato de la persona que envía la notificación.

Su aviso debe incluir una copia de la determinación de discapacidad de la Administración del Seguro Social. Debe enviar por correo o entregar personalmente este aviso al Administrador de COBRA a la dirección que se indica a continuación en Información de contacto.

Si no se siguen los procedimientos anteriores o si la notificación no se proporciona al Administrador de COBRA dentro del período de notificación de 60 días, no habrá extensión de la cobertura de COBRA por discapacidad.

Si, durante la continuación de la cobertura, la Administración del Seguro Social determina que el beneficiario calificado ya no está discapacitado, la persona debe notificar al Administrador de COBRA de esta determinación dentro de los 30 días posteriores a la fecha en que se hizo y la cobertura de COBRA terminará no antes del primer día del mes que comienza, más de 30 días después de la fecha de la determinación final de la Administración del Seguro Social de que el beneficiario calificado ya no está discapacitado. El aviso debe proporcionarse de la misma manera que se describe anteriormente e incluir la misma información requerida para un aviso de discapacidad como se describe anteriormente.

Segundo Evento Clasificadorio

Una extensión de cobertura estará disponible para el cónyuge y los hijos dependientes que reciben cobertura de COBRA si ocurre un segundo evento calificado durante los 18 meses (o, en el caso de una extensión por discapacidad, los 29 meses) posteriores a la terminación del empleo o la reducción de horas del emplead[o] cubierto. Los segundos eventos que califican incluyen la muerte, el divorcio o la pérdida del estado de dependiente de un empleado (si dicho evento calificado hubiera resultado en una pérdida de cobertura bajo el plan para un emplead[o] o dependiente activo). Si experimenta un segundo evento que califica, la cobertura de COBRA para un cónyuge o hijo dependiente se puede extender de 18 meses (o 29 meses en el caso de una extensión por discapacidad) a 36 meses, pero en ningún caso la cobertura durará más de 36 meses desde el evento calificado inicial o la fecha en que la cobertura se habría perdido debido al evento calificado inicial.

Esta extensión solo está disponible si usted o un representante que actúe en su nombre notifica al Administrador de COBRA por escrito sobre el segundo evento calificado dentro de los 60 días posteriores a (1) la fecha del segundo evento calificado o (2) la fecha en que el beneficiario calificado habría perdido la cobertura según los términos del Plan como resultado del segundo evento calificado (si hubiera ocurrido mientras el beneficiario calificado todavía estaba cubierto por el Plan como participante activo). El aviso debe incluir la siguiente información:

- El (los) nombre(s) y dirección(es) de todos los beneficiarios calificados que reciben COBRA debido al evento calificado inicial;
- La segunda prueba clasificatoria;
- La fecha del segundo evento clasificatorio; y
- La firma, el nombre y la información de contacto de la persona que envía el aviso.

Además, deberá aportar documentación que acredite la ocurrencia del segundo evento calificado, si el Plan de Prestaciones Sociales lo solicita. La documentación aceptable incluye una copia de la sentencia de divorcio, certificado de defunción o certificados de nacimiento de los hijos dependientes, licencia de conducir, licencia de matrimonio o carta de una universidad o institución que indique un cambio en el estado de estudiante.

Debe enviar este aviso por correo al Administrador de COBRA a la dirección que se indica a continuación en Información de contacto.

Si no se siguen los procedimientos anteriores o si la notificación no se proporciona al Administrador de COBRA dentro del período de notificación de 60 días, no habrá extensión de la cobertura de COBRA debido a un segundo evento que califique.

Terminación Anticipada de COBRA

La ley establece que su continuación de cobertura de COBRA puede interrumpirse antes del vencimiento del período de 18, 29 o 36 meses por cualquiera de las siguientes cinco razones:

- El Empleador ya no proporciona cobertura de salud grupal a ninguno de sus empleados;
- La prima de la continuación de la cobertura de COBRA no se paga a tiempo (dentro del período de gracia aplicable);
- El beneficiario calificado primero queda cubierto, después de la fecha en que COBRA es elegido, bajo otro plan de salud grupal (ya sea como empleado o no);
- El beneficiario calificado primero tiene derecho a Medicare (bajo la Parte A, la Parte B o ambas) después de la fecha en que COBRA es elegido; o
- La cobertura se ha extendido hasta por 29 meses debido a una discapacidad, y la Administración del Seguro Social ha tomado una determinación final de que la persona ya no está discapacitada. La cobertura terminará no antes del primer día del mes, es decir, más de 30 días a partir de la fecha en que el Seguro Social determine que la persona ya no está incapacitada.

La cobertura de COBRA también puede ser cancelada por cualquier motivo: el Plan de Beneficios de Bienestar terminaría la cobertura de un participante que no recibe cobertura de COBRA (como fraude). Además, el Administrador del Plan se reserva el derecho de cancelar su cobertura retroactivamente en caso de que determine que usted no es elegible para COBRA.

Usted debe notificar al Administrador de COBRA por escrito dentro de los 30 días si, después de elegir COBRA, un beneficiario calificado tiene derecho a Medicare o pasa a estar cubierto por otra cobertura de plan de salud grupal. La cobertura de COBRA terminará (retroactivamente, si corresponde) a partir de la fecha en que tenga derecho a Medicare o a partir de la fecha de inicio de otra cobertura de salud grupal. El Administrador del Plan y/o las compañías de seguros pueden exigir el reembolso al Plan de Beneficios de Bienestar de todos los beneficios pagados después de la fecha de terminación, independientemente de si usted proporciona el aviso requerido o cuándo.

Además, debe notificar al Administrador de COBRA por escrito si, durante una extensión de la cobertura de COBRA por discapacidad, la Administración del Seguro Social determina que el beneficiario calificado ya no está discapacitado. Consulte la sección Evento que califica de 29 meses (debido a discapacidad) más arriba.

¿Existen otras opciones de cobertura además de la Continuación de la Cobertura de COBRA?

Sí. En lugar de inscribirse en la continuación de la cobertura de COBRA, puede haber otras opciones de cobertura para usted y su familia a través del Mercado de Seguros Médicos, Medicaid u otras opciones de cobertura de planes de salud grupales (como el plan de un cónyuge) a través de lo que se llama un "período de inscripción especial". Algunas de estas opciones pueden costar menos que la continuación de la cobertura de COBRA. Puede obtener más información sobre muchas de estas opciones en www.healthcare.gov.

Ley de Comercio

Si está recibiendo beneficios de asistencia por ajuste comercial ("TAA") en virtud de la Ley de Comercio de 2002 y sus enmiendas (generalmente para trabajadores cuyo empleo se ve afectado negativamente por el comercio internacional, como el aumento de las importaciones o el cambio de producción a otro país), es elegible para los beneficios de TAA debido a una eliminación de empleo que le otorga derechos de COBRA, y no eligió la continuación de la cobertura de COBRA durante su período de elección inicial de 60 días de continuación de la cobertura de COBRA. Puede elegir la continuación de la cobertura durante un segundo período de 60 días. Este segundo período de 60 días comienza el primer día del mes en el que se determina que usted es elegible para TAA, siempre que elija la continuación de la cobertura de COBRA dentro de los seis meses posteriores a la fecha de la pérdida de cobertura relacionada con TAA. Cualquier continuación de cobertura de COBRA elegida durante el segundo período electoral comenzará con el primer día del segundo período electoral y no en la fecha en que la cobertura caducó inicialmente.

La Ley de Comercio de 2002, en su forma enmendada, también dispuso un nuevo crédito fiscal de hasta el 72.5% del costo de ciertas primas pagadas por la cobertura médica, incluida la continuación

de la cobertura de COBRA para las personas que reciben beneficios de TAA. Si está recibiendo beneficios de TAA, debe verificar si es elegible para reclamar este crédito fiscal.

Información de contacto

Si tiene alguna pregunta sobre la cobertura de COBRA o la aplicación de la ley, comuníquese con el administrador de COBRA:

BÁSICO

P.O. Box 631084 Cincinnati, OH 45263-1084 1-800-444-1922 También puede comunicarse con la Oficina Regional o de Distrito más cercana de la Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados (EBSA) del Departamento de Trabajo de EE. UU. Las direcciones y números de teléfono de las oficinas regionales y distritales de EBSA están disponibles a través del sitio web de EBSA en www.dol.gov/ebsa.

Mantenga informado al plan de los cambios de dirección

Con el fin de proteger sus derechos y los de su familia, debe mantener informado al Empleador de cualquier cambio en su dirección y la de los miembros de su familia. También debe guardar una copia, para sus registros, de cualquier aviso que envíe al Administrador de COBRA.

SERVICIOS CUBIERTOS Y NO CUBIERTOS

Consulte los Folletos de beneficios proporcionados por su compañía de seguros correspondiente y/o el Administrador de Reclamaciones para obtener una lista específica de los servicios cubiertos y no cubiertos bajo sus beneficios.

Derechos especiales de las madres y los niños recién nacidos

Para la madre o el recién nacido, el Plan de Beneficios de Bienestar no restringirá los beneficios por la duración de la estadía en el hospital en relación con el parto a menos de 48 horas después de un parto vaginal, o 96 horas después de una cesárea. Sin embargo, el proveedor de atención médica de la madre o del recién nacido, después de consultar con la madre, puede dar de alta a la madre o al recién nacido antes de 48 horas (o 96 horas, según corresponda) después del parto. En cualquier caso, no se requiere autorización del Plan de Beneficios de Bienestar o de una compañía de seguros para una estadía que no exceda las 48 horas (o 96 horas).

Ley de Derechos de la Mujer a la Salud y el Cáncer

El Plan de Beneficios de Bienestar proporcionará cierta cobertura para los beneficios recibidos en relación con una mastectomía, incluida la cirugía reconstructiva después de una mastectomía. Este beneficio se aplica a cualquier empleado dependiente cubierto, incluidos usted, su cónyuge y su(s) hijo(s) dependiente(s).

Si la persona cubierta recibe beneficios bajo el Plan de Beneficios de Bienestar en relación con una mastectomía y elige la reconstrucción mamaria, la cobertura se proporcionará de una manera determinada en consulta con el médico tratante y la persona cubierta. La cobertura puede aplicarse a:

- Reconstrucción de la mama en la que se realizó la mastectomía;
- Cirugía y reconstrucción de la otra mama para producir una apariencia simétrica;
- Prótesis; y
- Tratamiento de las complicaciones físicas en todas las etapas de la mastectomía, incluidos

los linfedemas. Los beneficios para la reconstrucción mamaria están sujetos a los deducibles anuales del Plan de Beneficios de Bienestar y a las disposiciones de coseguro que se aplican a otros beneficios médicos y quirúrgicos cubiertos por el Plan de Beneficios de Bienestar.

BENEFICIOS DE LA CUENTA DE GASTOS FLEXIBLES PARA EL CUIDADO DE LA SALUD

La Cuenta de Gastos Flexibles para el Cuidado de la Salud puede ser de su interés si está pagando gastos de cuidado de la salud que no están reembolsados en su totalidad o que no están cubiertos por su cobertura de salud.

Esta sección explica cómo la Cuenta de Gastos Flexibles para el Cuidado de la Salud le permite pagar ciertos gastos de cuidado de la salud con dólares antes de impuestos. Al participar, recibirá en el reembolso de gastos de atención médica una parte de lo que de otro modo sería su salario regular. Esto también reduce la cantidad de ingresos imponibles que recibe y, por lo tanto, reduce sus impuestos.

DEPENDIENTES CUBIERTOS

Puede presentar los gastos de atención médica incurridos por usted, su cónyuge y sus dependientes fiscales como se enumeran en la página 8.

LÍMITES DE CONTRIBUCIÓN

Usted puede aportar cualquier cantidad total en dólares de no más de \$2,500 por año del plan de su propio dinero a su Cuenta de Gastos Flexibles para el Cuidado de la Salud. Esta cantidad puede ser ajustada en años futuros y se le notificará la cantidad máxima de contribución ajustada durante el período de inscripción abierta. Para 2023, la contribución máxima es de \$2,850.

GASTOS SUBVENCIONABLES

La Cuenta de Gastos Flexibles para el Cuidado de la Salud es una cuenta que le permite ahorrar dinero para reembolsarse los gastos de cuidado de la salud "elegibles". Los gastos se deben incurrir durante el año del plan y mientras estuvo cubierto por la cuenta de gastos flexibles para el cuidado de la salud. Se considera que se ha incurrido en un gasto cuando se proporciona la atención o el servicio, no cuando su proveedor emite una factura, ni cuando usted recibe o paga esa factura. Puede presentar facturas por cualquier gasto de atención médica, según se define en la Sección 213 del Código de Rentas Internas (excepto las primas de atención a largo plazo y los gastos asociados con la atención a largo plazo y otras primas de atención médica), que esté obligado a pagar y que no estén cubiertos por ningún plan.

Esto puede incluir montos que no son pagados por el plan de atención médica patrocinado por su empleador, como deducibles, copagos, gastos que exceden los límites en dólares del plan o aquellos que exceden las tarifas habituales y razonables. También puede presentar facturas por gastos médicos, dentales y de la vista que no son reembolsados por otro plan, siempre y cuando sean gastos médicos que podría haber reclamado en su declaración de impuestos sobre los ingresos individuales (Formulario 1040).

Los gastos elegibles para ser reembolsados de la Cuenta de Gastos Flexibles para el Cuidado de la Salud incluyen los gastos para el diagnóstico, cura, tratamiento o prevención de enfermedades, y para tratamientos que afectan cualquier parte o función del cuerpo. Los gastos deben ser para aliviar o prevenir un defecto o enfermedad física o mental. Los gastos incurridos únicamente por razones estéticas o gastos que son simplemente beneficiosos para la salud general de una persona (excepto los programas para dejar de fumar y los programas de reducción de peso dirigidos por médicos) no son elegibles para reembolso.

Puede presentar reclamaciones por medicamentos de venta libre (incluida la insulina) y equipos, suministros y dispositivos de diagnóstico, como vendajes, muletas o kits de prueba de azúcar en la sangre, obtenidos sin receta si se utilizan para el diagnóstico, tratamiento o prevención de enfermedades.

A continuación se muestra una lista parcial de los gastos elegibles para el reembolso bajo la Cuenta de Gastos Flexibles para el Cuidado de la Salud:

- Gastos médicos
 - Deductibles
 - Copagos
 - Cargos por chequeos de rutina, exámenes físicos y pruebas relacionadas con los exámenes de rutina
 - Cargos por encima de los límites "razonables y habituales"
 - Gastos no cubiertos por el plan médico debido a exclusiones o limitaciones
 - Medicamentos que requieren una receta escrita del médico y que no están cubiertos por el Plan
 - Medicamentos de venta libre y otros artículos de venta libre, como vendas, muletas, productos para el cuidado menstrual y otros suministros, pero solo en la medida en que lo permitan las regulaciones aplicables.
 - Insulina
 - Programas para dejar de fumar y medicamentos relacionados
 - Programas de pérdida de peso que están bajo la dirección de un médico para tratar una condición médica como la hipertensión (los programas de pérdida de peso para mejorar la salud general no califican)
 - Otros gastos seleccionados no cubiertos por el plan médico que califican para una deducción del impuesto federal sobre la renta, como servicios y suministros especiales para los discapacitados (como perros guía para ciegos, dentaduras postizas y extremidades artificiales, sillas de ruedas y muletas).
- Gastos dentales
 - Deductibles
 - Copagos
 - Gastos que excedan el monto máximo anual permitido por su plan dental
 - Cargos por encima de los límites "razonables y habituales"
 - Tratamientos de ortodoncia que no son estrictamente cosméticos
- Gastos de visión y audición
 - Exámenes y tratamientos de la vista no cubiertos por el Plan
 - Costo de anteojos, cirugía láser, anteojos de sol recetados, lentes de contacto, incluida la solución para lentes y limpiador enzimático
 - Costo de exámenes de audición, audífonos y baterías
- Transporte: se pueden reclamar los montos pagados por el transporte para la atención médica. Los costos de transporte no incluyen el costo de las comidas y el alojamiento mientras está fuera de casa y recibe tratamiento de atención médica.

GASTOS NO SUBVENCIONABLES

A continuación se muestra una lista parcial de los gastos que no son elegibles para reembolso bajo la Cuenta de Gastos Flexibles para el Cuidado de la Salud:

- Primas
 - Primas pagadas por el Empleado, un cónyuge u otros Dependientes por la cobertura de cualquier plan de salud
 - Primas pagadas por Medicare
 - Primas pagadas por el seguro de atención a largo plazo
 - Primas pagadas por pólizas que brindan cobertura por pérdida de ganancias, muerte accidental, pérdida de extremidades, pérdida de la vista, etc.
- Los procedimientos cosméticos que son estrictamente cosméticos, como la electrólisis, el blanqueamiento dental, los trasplantes de cabello o la cirugía plástica no representan un gasto para la atención médica.

- Gastos relacionados con la salud general: los gastos incurridos deben ser principalmente para la prevención o el alivio de una enfermedad o defecto físico o mental. Por lo tanto, un gasto que es meramente beneficioso para la salud general de un individuo (como un gasto en vacaciones o cuotas de gimnasio, incluso si lo prescribe un médico) generalmente no es un gasto de atención médica. Por lo general, solo los alimentos recetados por su médico como complementos de la dieta normal pueden calificar como gastos médicos.
- Gastos de cuidado a largo plazo: El IRS no le permite deducir los mismos gastos en su declaración de impuestos sobre la renta por los que se le reembolsa bajo la Cuenta de Gastos Flexibles de Cuidado de Salud.

Estos son ejemplos generales de gastos reembolsables y gastos excluibles. Las reclamaciones reales deben cumplir con las reglas del Código de Rentas Internas para la deducibilidad de impuestos. Para obtener más información, póngase en contacto con el administrador de reclamaciones.

USAR O PERDER; REINVERSIÓN DE \$500

Las regulaciones del IRS estipulan que debe usar todo el dinero de su Cuenta de Gastos Flexibles de Atención Médica para los gastos incurridos durante el Año del Plan correspondiente, o perderá lo que quede, excepto que hasta \$500 de su cuenta se transferirán durante el próximo año del plan. Su solicitud de reembolso debe presentarse antes del 31 de marzo después del Año del Plan en el que se asignan los fondos a su Cuenta de Gastos Flexibles de Atención Médica por los gastos incurridos durante ese Año del Plan. **Cualquier fondo que quede en su Cuenta superior a \$500 después de esa fecha se perderá.** Hasta \$500 se "transferirán" al próximo año del plan y se pueden usar para los gastos incurridos en cualquier momento durante el siguiente año del plan. La reinversión de \$500 puede ajustarse en años futuros y se le notificará el monto de reinversión ajustado durante el período de inscripción abierta. Para 2023, el monto de la reinversión es de \$570.

Ejemplo: Fred elige contribuir con \$1,200 a su Cuenta de Gastos Flexibles de Salud en 2022. Al final del año, ha incurrido solo en \$700 en gastos elegibles. \$500 se "transferirán" a 2023. Para 2023, Fred elige contribuir con \$600 a su Cuenta de Gastos de Atención Médica. Se le pueden reembolsar hasta \$1,100 en 2023, que consisten en los \$600 que elija aportar en 2023 más los \$500 transferidos de 2022.

Con esta regla de **"usar o perder"**, es extremadamente importante que planifique cuidadosamente sus contribuciones a su Cuenta de Gastos Flexibles para el Cuidado de la Salud. Perderá cualquier cantidad no utilizada superior a \$500.

No puede usar el dinero de su Cuenta de Gastos Flexibles para el Cuidado de la Salud para pagar los gastos del cuidado diurno de dependientes y viceversa. No puede cambiar dinero entre las dos cuentas.

PRESENTACIÓN DE UNA RECLAMACIÓN

Cuando incurra en gastos de atención médica elegibles, puede presentar un formulario de reclamo junto con la factura o el recibo de dicho gasto. Las reclamaciones se pueden presentar a diario y deben ser más antes de que se realice el reembolso. El reembolso de las reclamaciones presentadas se pagará tan pronto como el Administrador de Reclamaciones lo pueda administrar usted. Si su reclamo es mayor que la cantidad de dinero en su cuenta, aún se le reembolsará el monto total de su reclamo hasta el monto máximo que eligió aportar a su cuenta más cualquier monto transferido de un año anterior del plan. A partir de entonces, debe seguir haciendo contribuciones de forma regular.

Todas las reclamaciones para un Año del Plan deben presentarse al Administrador de Reclamaciones antes del 31 de marzo después del Año del Plan. Cualquier reclamación de reembolso después de esa fecha no será considerada para reembolso por el Administrador de Reclamaciones.

El Administrador de Reclamaciones para la Cuenta de Gastos Flexibles de Atención Médica es BASIC.

BENEFICIOS DE LA CUENTA DE GASTOS FLEXIBLES PARA EL CUIDADO DE DEPENDIENTES

La Cuenta de Gastos Flexibles para el Cuidado de Dependientes puede ser de su interés si está pagando por el cuidado de un niño o un miembro discapacitado de su hogar para que usted o, si está casado, para que usted y su cónyuge trabajen.

Esta sección explica cómo la Cuenta de Gastos Flexibles para el Cuidado de Dependientes le permite pagar ciertos gastos de cuidado de dependientes con dólares antes de impuestos. Al participar, recibirá en el reembolso de gastos de cuidado de dependientes una parte de lo que de otro modo sería su salario regular. Esto también reduce la cantidad de ingresos imponibles que recibe y, por lo tanto, reduce sus impuestos.

DEPENDIENTES CALIFICADOS

Sus dependientes que califican para la cuenta de reembolso por cuidado de dependientes incluyen a sus hijos menores de 13 años, su cónyuge y otros dependientes tributarios como se enumeran en la página 8.

LÍMITES DE CONTRIBUCIÓN

El IRS limita la cantidad que puede aportar a su Cuenta de Gastos Flexibles para el Cuidado de Dependientes. Hay un máximo anual general de \$5,000 (o \$2,500 cada uno si usted y su cónyuge presentan declaraciones de impuestos por separado). Pero también se aplica otra limitación. Si usted o su cónyuge ganan menos de las cantidades anteriores, la contribución máxima que puede hacer es la menor de sus ganancias anuales o las de su cónyuge.

Por ejemplo: Durante 2022, María ganará \$41,500 de su trabajo. Su esposo ganará \$3,600 con su trabajo. El reembolso de Mary de su Cuenta de Gastos Flexibles para el Cuidado de Dependientes se limitará a \$3,600. Puede optar por no aportar más de \$300 al mes ($\$300 \times 12 = \$3,600$) a su cuenta.

A los efectos del límite del IRS, su cónyuge tendrá un ingreso presunto si su cónyuge es un estudiante de tiempo completo o discapacitado e incapaz de cuidarse a sí mismo. Por cada mes que su cónyuge sea estudiante a tiempo completo o esté incapacitado, se presume que los ingresos de su cónyuge son el mayor de los ingresos reales de su cónyuge (si los hay) o \$250. Si tiene dos o más dependientes calificados, el ingreso presunto es el mayor de los ingresos reales de su cónyuge (si los hay) o \$500 al mes.

GASTOS SUBVENCIONABLES

Los gastos elegibles para el reembolso bajo la Cuenta de Gastos Flexibles para el Cuidado de Dependientes incluyen gastos incurridos para el cuidado de sus dependientes calificados:

- En su hogar;
- En la casa de otra persona;
- En una guardería autorizada, un campamento diurno (no un campamento nocturno) o un centro de cuidado diurno calificado. Un centro de cuidado diurno calificará si cumple con los requisitos estatales y locales y brinda atención y recibe pago para más de 6 personas que no residen allí; o
- En un campamento diurno especializado (por ejemplo, campamento de fútbol, campamento de computación).

Se debe incurrir en gastos para permitirle a usted, o si está casado, a usted y a su cónyuge, trabajar o si su cónyuge está discapacitado e incapaz de cuidar de sí mismo o es un estudiante de tiempo completo durante al menos 5 meses al año. Para ser elegible, los gastos deben haberse incurrido durante el año del plan y mientras estuvo cubierto por la Cuenta de Gastos Flexibles para el Cuidado de Dependientes. Se considera que se ha incurrido en un gasto cuando se proporciona la atención o el servicio, no cuando su proveedor emite una factura, ni cuando usted recibe o paga esa factura. Si su cobertura termina a mitad de año, es posible que se le reembolsen las reclamaciones incurridas después de la fecha de terminación y antes del último día del año del plan (31 de diciembre), hasta el saldo restante en su cuenta. Las reclamaciones deben presentarse antes del 31 de marzo después del final del año del plan, como se describe en "Presentación de una reclamación", a continuación.

Si el cuidado se proporciona en su hogar o en el hogar de otra persona, el proveedor de cuidado no debe ser reclamado como dependiente en su declaración de impuestos y debe tener 19 años de edad o más (determinado al cierre del año tributario). Un dependiente adulto debe pasar al menos 8 horas al día en su hogar para que los gastos de cuidado de esa persona sean elegibles. Los servicios deben ser para el cuidado físico del niño, no para la educación, las comidas, etc., a menos que sean incidentales al costo del cuidado.

GASTOS NO SUBVENCIONABLES

No puede usar el dinero de su Cuenta de Gastos Flexibles para el Cuidado de Dependientes para pagar:

- "Niñera" general, excepto durante las horas de trabajo
- Atención o servicios prestados por:
 - Sus hijos menores de 19 años (sean o no sus dependientes fiscales)
 - Cualquier persona que usted (o su cónyuge si está casado) pueda reclamar como dependiente para fines del impuesto federal sobre la renta
- Atención en hogares de ancianos
- Campamento nocturno
- Matrícula en escuelas privadas
- Gastos de educación (jardín de infantes y superiores)
- Gastos que de otro modo no serían elegibles para ser acreditados en su declaración de impuestos federales sobre la renta
- El costo del transporte entre el lugar donde se brindan los servicios de cuidado diurno y su hogar, a menos que dicho transporte sea proporcionado por el proveedor de cuidado de dependientes.
- Gastos incurridos mientras usted está fuera del trabajo por cualquier motivo. Sin embargo, si le paga a su proveedor de cuidado de dependientes semanalmente o por más tiempo, los gastos de cuidado de dependientes incurridos durante una ausencia temporal del trabajo por enfermedad o vacaciones pueden ser elegibles
- Gastos por los cuales reclama el crédito por cuidado de niños del IRS cuando presenta su declaración de impuestos El IRS no le permite reclamar un crédito por los mismos gastos en su declaración de impuestos sobre la renta por los cuales se le reembolsa bajo la Cuenta de Gastos Flexibles para el Cuidado de Dependientes.

USAR O PERDER

Es importante que no contribuya más que los gastos de cuidado de dependientes en los que seguramente incurrirá. Las regulaciones del IRS estipulan que debe usar la cantidad total de dinero en su Cuenta de Gastos Flexibles para el Cuidado de Dependientes para los gastos incurridos durante el Año del Plan, o perderá lo que quede. Debe incurrir en gastos elegibles antes del 31 de diciembre para que sean elegibles para el reembolso. Su solicitud de reembolso debe presentarse antes del 31 de marzo después del Año del Plan en el que se asignan los fondos a su Cuenta de Gastos Flexibles para el Cuidado de Dependientes por los gastos incurridos durante el Año del Plan. **Todos los fondos que queden en su Cuenta después de esa fecha se perderán.**

Con esta regla de **"usar o perder"**, es extremadamente importante que planifique cuidadosamente sus contribuciones a su Cuenta de Gastos Flexibles para el Cuidado de Dependientes. Aparta solo la cantidad que esperas reclamar durante el año del plan o la perderás.

No puede usar el dinero de su Cuenta de Gastos Flexibles para el Cuidado de Dependientes para pagar gastos de atención médica y viceversa. No puede cambiar dinero entre las dos cuentas.

PRESENTACIÓN DE UNA RECLAMACIÓN

Cuando incurra en gastos elegibles para el cuidado de dependientes, puede presentar un formulario de reclamo junto con la factura o el recibo de dicho gasto. Las reclamaciones se pueden presentar a diario. El reembolso de las reclamaciones presentadas se pagará tan pronto como el Administrador de Reclamaciones lo pueda administrar usted.

Todas las reclamaciones para un Año del Plan deben presentarse al Administrador de Reclamaciones antes del 31 de marzo después del Año del Plan. Cualquier reclamación de reembolso después de esa fecha no será considerada para reembolso por el Administrador de Reclamaciones.

El Administrador de Reclamaciones para la Cuenta de Gastos Flexibles para el Cuidado de Dependientes es BASIC.

REGLAS ESPECIALES QUE AFECTAN LAS CUENTAS DE CUIDADO DE DEPENDIENTES

Varias reglas especiales se aplican a las Cuentas de Gastos para el Cuidado de Dependientes. Debe tener en cuenta los siguientes párrafos, ya que pueden afectar la cantidad que elija aportar a esta cuenta:

El IRS requiere que la cantidad máxima que puede tomar como crédito tributario por cuidado infantil para gastos de cuidado de dependientes se deduzca, dólar por dólar, de cualquier reembolso que reciba de su Cuenta de Gastos Flexibles para el Cuidado de Dependientes. ***Algunos empleados recibirán más ventajas fiscales al tomar el crédito fiscal por cuidado de dependientes, mientras que a otros les irá mejor al contribuir a la Cuenta de Gastos Flexibles para el Cuidado de Dependientes. Consulte a su asesor fiscal o revise cuidadosamente su situación antes de tomar una decisión.***

El dinero de su Cuenta de Gastos para el Cuidado de Dependientes debe usarse para pagar los gastos de cuidado de dependientes que le permitan a usted y a su cónyuge trabajar. Sin embargo, esta regla no se aplica si su cónyuge está discapacitado e incapaz de cuidarse a sí mismo o es estudiante de tiempo completo en una institución acreditada durante al menos cinco meses cada año. Consulte los límites de contribución más arriba para obtener más información.

Si usted y su cónyuge están divorciados y usted tiene la custodia de su(s) hijo(s), es posible que pueda recibir un reembolso de la Cuenta de Gastos para el Cuidado de Dependientes, incluso si no reclama al dependiente en su declaración de impuestos federales sobre los ingresos. Consulte la Publicación #503 del IRS para obtener más información. Un ejemplar de dicha publicación puede obtenerse en www.irs.gov.

RECLAMACIONES Y PROCESO DE APELACIÓN

PRESENTACIÓN DE UNA RECLAMACIÓN

Los procedimientos de presentación de reclamaciones se establecen en los Folletos de Beneficios, que se enumeran en el Apéndice A. En general, cualquier participante o beneficiario del Plan (o su representante autorizado) puede presentar una reclamación de beneficios por escrito utilizando el formulario y el procedimiento adecuados. Un reclamante puede obtener los formularios de reclamación necesarios de los Administradores de Reclamaciones. Cuando el Administrador de Reclamaciones reciba su reclamación, será responsable de revisar la reclamación y determinar cómo pagarla en nombre del Plan. Para garantizar la presentación adecuada de reclamaciones, consulte los procedimientos de presentación de

reclamaciones que se establecen en los Folletos de beneficios. En general, cualquier participante o beneficiario del Plan (o su representante autorizado) puede presentar una reclamación de beneficios por escrito utilizando el formulario y el procedimiento adecuados.

Administradores de Reclamos – Totalmente Asegurado El Plan proporciona los siguientes beneficios a través de contratos con las compañías de seguros que se enumeran a continuación. Los beneficios del Plan de Visión, Vida, Vida Suplementaria, Vida Dependiente, AD&D, AD&D Suplementario, Core LTD, Buy-Up LTD y Plan de Asistencia Familiar para Empleados del Plan están garantizados bajo contratos de seguro con las compañías de seguros que se enumeran a continuación. Las compañías de seguros administran las reclamaciones por esos beneficios y son las únicas responsables de proporcionar los beneficios.

Visión	Plan de servicio de visión 3333 Quality Drive Rancho Cordova, CA 95670
Vida Básica, Suplementaria y Dependiente, Muerte Accidental y Desmembramiento (AD&D), AD&D Suplementario	The Hartford Group Life/AD&D Claims Unit P.O. Box 14299 Lexington, KY 40512-4299 Teléfono: 1-8-563-1124 Fax: 1-866-954-2621
Discapacidad Básica a Largo Plazo (LTD) y Buy-Up LTD	Insura The Hartford Attn: Group Ltd Claims P.O. Box 14302 Lexington, KY 40512-4302 Teléfono: 1-800-549-6514 Fax: 1-866-411-5613
Plan de Asistencia Familiar para Empleados (EFAP)	Opciones de lugar de trabajo (WPO) 1-888-851-7032
Accidente de Viaje de Negocios	División de Beneficios del Grupo Hartford, Servicio al Cliente P.O. Box 2999 Hartford, CT 06104-2999

Administradores de reclamaciones: la cobertura médica, dental y de medicamentos recetados autoasegurada, la discapacidad a corto plazo y la cuenta de gastos flexibles para el cuidado de la salud y la cuenta de gastos flexibles para el cuidado de dependientes están autoaseguradas. El Administrador del Plan tiene la responsabilidad fiduciaria de determinar si usted tiene derecho a los beneficios y autorizar el pago en virtud de las coberturas médicas, de medicamentos recetados y dentales, de discapacidad a corto plazo y de la cuenta de gastos flexibles de atención médica. El Administrador de Reclamaciones se limita a tramitar las reclamaciones y no asegura que se pague ningún gasto. Los beneficios se pagan con los activos generales del Empleador y no están garantizados por un contrato o póliza de seguro. Si el Plan no paga los gastos elegibles, usted puede ser responsable de esos gastos. Si hay retrasos en el procesamiento de las reclamaciones, usted no tendrá mayores derechos a los intereses u otros recursos contra el Administrador de Reclamaciones que los que otorga la ley.

Médico	Blue Cross Blue Shield of Michigan (PPO) Centro de servicio de llaves, grandes y automóviles P.O. Box 230555 Grand Rapids, MI 49523-0555 888-890-4943
Medicamentos recetados	Express Scripts ATTN: Reclamaciones comerciales P.O. Box 14711 Lexington, KY 40512-4711
Dental	Delta Dental Attn: Servicio al cliente P.O. Box 9085 Farmington Hills, MI 48333-9085
Discapacidad a corto plazo	Hartford 1-866-407-8666
Cuentas de gastos	BÁSICO P.O. Box 6278 Manona, WI 53716 1-800-444-1922

Esta sección proporciona información general sobre el procedimiento de reclamaciones y apelaciones aplicable al Plan en virtud de ERISA. Tenga en cuenta que las leyes estatales de seguros pueden proporcionar protección adicional a los reclamantes en virtud de los acuerdos asegurados y, de ser así, se aplicarán esas reglas. Consulte los Folletos de beneficios para obtener más información.

En el caso de los beneficios médicos y de medicamentos recetados, el plan cumplirá con las reglas adicionales de reclamaciones y apelaciones requeridas por la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio. Estas reglas no se aplicarán a las reclamaciones dentales o de la vista independientes, las reclamaciones de EFAP o las reclamaciones de la Cuenta de Gastos Flexibles de Atención Médica.

DEFINICIONES RELACIONADAS CON LA RECLAMACIÓN

Reclamación

Cualquier solicitud de beneficios del Plan hecha de acuerdo con los procedimientos de presentación de reclamaciones del Plan, incluida cualquier solicitud de un servicio que deba ser aprobada previamente.

El Plan de Beneficios de Bienestar reconoce cuatro categorías de reclamaciones de beneficios de salud:

Reclamaciones de Atención de Urgencia

Las "reclamaciones de atención de urgencia" son reclamaciones (que no sean reclamaciones posteriores al servicio) para las cuales la aplicación de plazos de atención no urgente podría poner en grave peligro la vida o la salud del paciente o la capacidad del paciente para recuperar la función máxima o, a juicio de un médico, sometería al paciente a un dolor intenso que no podría manejarse adecuadamente de otra manera. El Plan de Beneficios de Bienestar se remitirá a un proveedor tratante para determinar si es urgente una reclamación de beneficios del plan de salud grupal.

Reclamaciones previas al servicio

Las "reclamaciones previas al servicio" son reclamaciones de aprobación de un beneficio si se requiere que la aprobación se obtenga antes de que un paciente reciba atención médica (por ejemplo, reclamaciones que involucran requisitos de autorización previa o referencia).

Reclamaciones posteriores al servicio

Las "reclamaciones posteriores al servicio" son reclamaciones que implican el pago o reembolso de costos de atención médica que ya se han proporcionado.

Reclamaciones de atención concurrente

Las "reclamaciones de atención concurrente" son reclamaciones para las cuales el Plan de Beneficios de Bienestar ha aprobado previamente un curso de tratamiento durante un período de tiempo o para un número específico de tratamientos, y el Plan de Beneficios de Bienestar posteriormente reduce o cancela la cobertura de esos tratamientos. Un reclamo de atención concurrente puede tratarse como un "reclamo de atención urgente", un "reclamo previo al servicio" o un "reclamo posterior al servicio", dependiendo de cuándo durante el curso de su atención presente el reclamo. Sin embargo, el Plan de Beneficios de Bienestar debe notificarle con suficiente anticipación de la determinación inicial de las reclamaciones para que pueda apelar la reclamación antes de que entre en vigencia una determinación de reclamaciones de atención concurrente.

Determinación Adversa de Beneficios

Si el Plan no está totalmente de acuerdo con su reclamo, recibirá una "determinación adversa de beneficios", es decir, una denegación, reducción o terminación de un beneficio, o la falta de proporcionar o pagar (en su totalidad o en parte) un beneficio. Una determinación adversa de beneficios incluye una decisión de denegar beneficios basada en:

- Que una persona no sea elegible para participar en el Plan;
- Revisión de la utilización;
- Un servicio que se caracteriza como experimental o de investigación o que no es médicamente necesario o apropiado;
- Una decisión de atención concurrente; y
- Ciertas terminaciones retroactivas de la cobertura, ya sea que haya o no un efecto adverso en algún beneficio en particular en ese momento.

Una determinación adversa de beneficios para el plan de salud grupal o las reclamaciones por discapacidad a largo plazo incluye una rescisión de la cobertura (generalmente una cancelación retroactiva de la cobertura) bajo el Plan, ya sea que en relación con la rescisión haya o no un efecto adverso en cualquier beneficio en particular en ese momento.

DETERMINACIÓN INICIAL DE LA RECLAMACIÓN

Para cada una de las opciones del Plan, el Plan tiene una cantidad específica de tiempo, por ley, para evaluar y responder a las reclamaciones de beneficios cubiertos por la Ley de Seguridad de los Ingresos de Jubilación de los Empleados de 1974 (ERISA). El período de tiempo que el Plan tiene para evaluar y responder a una reclamación comienza en la fecha en que el

Plan recibe la reclamación. Si tiene alguna pregunta sobre cómo presentar o apelar un reclamo, comuníquese con el Administrador de Reclamos para el beneficio en cuestión. Los plazos de las siguientes páginas se aplican a los diversos tipos de reclamaciones que puede presentar en virtud del Plan, según el beneficio en cuestión.

Si no sigue los procedimientos del Plan para presentar una reclamación previa a los servicios ante un plan de salud grupal, se le notificará del incumplimiento y de los procedimientos adecuados que se deben seguir para presentar su reclamación. Este aviso se le proporcionará lo antes posible dentro de los 5 días (24 horas en el caso de una almeja que implique atención urgente) después del fallo. La notificación puede ser oral, a menos que solicite una notificación por escrito. Este procedimiento de notificación solo se aplica a una reclamación recibida por el Administrador de Reclamaciones, y su reclamación identifica a un reclamante específico; una afección o síntoma médico específico; y un tratamiento, servicio o producto específico para el que se solicita aprobación.

En el caso de una determinación adversa de beneficios, el reclamante recibirá una notificación de la determinación. El aviso incluirá:

- Las razones específicas de la determinación desfavorable;
- Las disposiciones específicas del plan en las que se basa la determinación;
- Una solicitud de cualquier información adicional necesaria para reconsiderar el reclamo y la razón por la que se necesita esta información;
- Una descripción de los procedimientos de revisión del plan y los plazos aplicables a dichos procedimientos; y
- Una declaración de su derecho a iniciar una acción civil bajo la sección 502(a) de ERISA después de una determinación adversa de beneficios en una revisión.

En el caso de una determinación adversa de beneficios por parte de un plan de salud grupal, el aviso también incluirá:

- Si se utilizaron normas internas, directrices, protocolos o criterios similares como base para la determinación adversa, ya sea la norma, directriz, protocolos u otros criterios similares específicos o una declaración de que una copia de dicha información estará disponible de forma gratuita si se solicita;
- Para determinaciones adversas basadas en necesidad médica, tratamiento experimental u otras exclusiones o límites similares, una explicación del juicio científico o clínico utilizado en la decisión, o una declaración de que se proporcionará una explicación de forma gratuita si se solicita;
- En el caso de determinaciones adversas relacionadas con la atención de urgencia, una descripción del proceso de revisión acelerada para dichas reclamaciones. Esta notificación se puede proporcionar oralmente dentro del plazo para el proceso acelerado, siempre que la notificación por escrito se proporcione a más tardar 3 días después de la notificación oral;
- Una declaración de que los códigos de diagnóstico y tratamiento (y sus significados) se proporcionarán a pedido;
- Una descripción del estándar del plan de salud grupal utilizado para denegar la reclamación. Por ejemplo, se incluirá una descripción del estándar de "necesidad médica";
- Además de la descripción de los procedimientos internos de apelación del plan de salud grupal, una descripción de los procesos de revisión externa; y
- La disponibilidad y la información de contacto de cualquier oficina de asistencia al consumidor de seguros de salud o defensor del pueblo aplicable para ayudar a los afiliados con los procesos internos de reclamaciones y apelaciones y revisión externa.

En el caso de las reclamaciones de planes de salud grupales, el aviso incluirá información suficiente para identificar la reclamación en cuestión. Esto incluye:

- la fecha de la notificación;
- el proveedor de atención médica;
- el importe de la reclamación (si procede); y
- El código de denegación.

En el caso de una determinación adversa de beneficios por parte de un plan de discapacidad, el aviso también incluirá:

- Una discusión de la decisión, incluyendo una explicación de la base para estar en desacuerdo o no seguir (A) las opiniones presentadas por el reclamante al plan de discapacidad de los profesionales de la salud que tratan al reclamante y los profesionales vocacionales que evaluaron al reclamante; (B) las opiniones de expertos médicos o vocacionales cuyo asesoramiento se obtuvo en nombre del plan de discapacidad en relación con la determinación adversa de beneficios de un reclamante, sin tener en cuenta si se basó en el asesoramiento para hacer la determinación de beneficios; y (C) una determinación de discapacidad hecha por la Administración del Seguro Social y presentada por el reclamante al plan de discapacidad;
- Si la determinación adversa de beneficios se basa en una necesidad médica o tratamiento experimental o exclusión o límite similar, ya sea una explicación del juicio científico o clínico para la determinación, aplicando los términos del plan de discapacidad a las circunstancias médicas del reclamante, o una declaración de que dicha explicación se proporcionará de forma gratuita si se solicita;
- Ya sea las reglas internas específicas, directrices, protocolos, normas u otros criterios similares del plan de discapacidad en los que se basó para hacer la determinación adversa de beneficios, o alternativamente, una declaración de que tales reglas, pautas, protocolos, normas u otros criterios similares del plan de discapacidad no existen; y
- Una declaración de que el reclamante tiene derecho a recibir, previa solicitud y de forma gratuita, acceso razonable y copias de todos los documentos, registros y otra información relevante para la solicitud de beneficios del reclamante.

Plazos para las decisiones iniciales sobre reclamaciones

Los plazos generalmente comienzan cuando el Plan recibe un reclamo. (Consulte la regla especial para las decisiones de "atención concurrente" para limitar los tratamientos aprobados anteriormente). Las notificaciones de determinaciones de beneficios generalmente se pueden proporcionar a través de entrega en mano, correo o entrega electrónica, antes de que expire el período, aunque las notificaciones orales pueden permitirse en casos limitados. La referencia a "días" se refiere a los días naturales. Las reclamaciones de la Cuenta de Gastos Flexibles (FSA, por sus siglas en inglés) para el cuidado de la salud se consideran reclamaciones "posteriores al servicio" no urgentes.

Planes FSA médicos, de medicamentos recetados, dentales, oftalmológicos, EFAP y de atención médica					Discapacidad a largo plazo y discapacidad a corto plazo	Planes FSA de Vida y AD&D, Accidentes de Viaje de Negocios y Cuidado de Dependientes
	Reclamaciones de Atención de Urgencia	Reclamaciones no urgentes "previas al servicio"	Reclamaciones no urgentes "posteriores al servicio"	Decisión de "Atención Concurrente" de Reducir los Beneficios		
Plazo para la notificación	Notificación de determinación <i>(ya sea adverso o no)</i> debe ser proporcionado por el Plan tan pronto como sea posible teniendo en cuenta las exigencias médicas, pero a más tardar 72 horas. Si solicita con anticipación extender la atención concurrente, el Plan deberá notificarlo lo antes posible teniendo en cuenta las exigencias médicas, pero a más tardar 24 horas después de la recepción de la reclamación, siempre que dicha reclamación se presente al Plan al menos 24 horas antes del vencimiento del período de tiempo o número de tratamientos prescritos.	Notificación de determinación <i>(ya sea adverso o no)</i> debe ser proporcionado por el Plan dentro de un período de tiempo razonable apropiado a las circunstancias médicas, pero a más tardar 15 días.	La notificación de determinación adversa debe proporcionarse dentro de un período de tiempo razonable, pero a más tardar 30 días.	El Plan debe proporcionar un aviso de determinación adversa con suficiente anticipación para darle la oportunidad de apelar y obtener una decisión antes de que se reduzca o termine el beneficio en cuestión.	El Plan debe proporcionar un aviso de determinación adversa dentro de un período de tiempo razonable, pero a más tardar en 45 días.	El Plan debe proporcionar una notificación de determinación adversa dentro de un período de tiempo razonable, pero a más tardar en 90 días.

Planes FSA médicos, de medicamentos recetados, dentales, oftalmológicos, EFAP y de atención médica					Discapacidad a largo plazo y discapacidad a corto plazo	Planes FSA de Vida y AD&D, Accidentes de Viaje de Negocios y Cuidado de Dependientes
	Reclamaciones de Atención de Urgencia	Reclamaciones no urgentes "previas al servicio"	Reclamaciones no urgentes "posteriores al servicio"	Decisión de "Atención Concurrente" de Reducir los Beneficios		
Extensiones	Si a su reclamación le falta información, el Plan tiene hasta 48 horas (sujeto a que se tome una decisión lo antes posible) a partir de la recepción de la información faltante por parte del Plan, o al final del período que se le otorga para proporcionar la información faltante, para notificar la determinación.	El Plan tiene hasta 15 días, si es necesario debido a asuntos fuera del control del Plan, y debe proporcionar un aviso de extensión antes de que finalice el período inicial de 15 días.*	El Plan tiene hasta 15 días, si es necesario debido a asuntos fuera del control del Plan, y debe proporcionar un aviso de extensión antes de que finalice el período inicial de 30 días.*	N/A	El Plan tiene hasta 30 días, si es necesario debido a asuntos fuera del control del Plan. También se puede permitir una segunda extensión de 30 días. El Plan debe proporcionar el aviso de extensión antes de que finalicen los períodos.*	El Plan tiene hasta 90 días para circunstancias especiales y debe proporcionar el aviso de extensión antes de que finalice el período.
Período para que el Reclamante Complete la Reclamación	Tiene un período de tiempo razonable para proporcionar la información faltante (no menos de 48 horas desde el momento en que el Plan le notifica que su reclamo carece de información).	Tiene al menos 45 días para proporcionar cualquier información faltante.	Tiene al menos 45 días para proporcionar cualquier información faltante.	N/A	Tiene al menos 45 días para proporcionar cualquier información faltante.	No hay regla.

Planes FSA médicos, de medicamentos recetados, dentales, oftalmológicos, EFAP y de atención médica					Discapacidad a largo plazo y discapacidad a corto plazo	Planes FSA de Vida y AD&D, Accidentes de Viaje de Negocios y Cuidado de Dependientes
	Reclamaciones de Atención de Urgencia	Reclamaciones no urgentes "previas al servicio"	Reclamaciones no urgentes "posteriores al servicio"	Decisión de "Atención Concurrente" de Reducir los Beneficios		
Otros avisos relacionados	El Plan debe proporcionar un aviso de que su reclamo se presentó incorrectamente o que falta información lo antes posible (a más tardar 24 horas después de recibir el reclamo por parte del Plan).	El aviso de que su reclamo se presentó incorrectamente debe ser proporcionado por el Plan lo antes posible (a más tardar 5 días después de recibir el reclamo por parte del Plan).	N/A	N/A	N/A	

*El período de extensión de 15 o 30 días (según corresponda) se mide desde el momento en que el reclamante responde a la notificación del Plan de que falta información sobre la reclamación.

APELAR UNA RECLAMACIÓN

La siguiente sección describe generalmente el proceso interno de apelaciones de reclamaciones del Plan. Los procesos de apelación de cualquier plan totalmente asegurado pueden variar un poco. Consulte sus folletos de beneficios para obtener más información sobre los beneficios totalmente asegurados.

Si recibe una notificación de una determinación adversa de beneficios y no está de acuerdo con la decisión, tiene derecho a solicitar una revisión completa y justa de la reclamación y la determinación adversa de beneficios. Usted (o un representante designado) puede apelar y solicitar una revisión de la reclamación de acuerdo con los plazos descritos en la tabla a continuación. La solicitud debe hacerse por escrito, a excepción de las reclamaciones de atención de urgencia que puede presentar oralmente o por escrito, y debe presentarse ante el Administrador de Reclamaciones correspondiente como se indica en las páginas 34-35. Si no apela a tiempo, pierde su derecho a objetar posteriormente la decisión.

La cobertura del plan de salud grupal para usted y sus dependientes continuará a la espera del resultado de una apelación interna. Esto significa que el Plan de Beneficios de Bienestar no terminará ni reducirá ningún curso de tratamiento en curso sin proporcionar un aviso previo y la oportunidad de revisión.

El Administrador de Reclamaciones enviará la solicitud de apelación al fiduciario designado apropiado para su revisión. La revisión será llevada a cabo por el Administrador de Reclamaciones (si actúa como revisor de las apelaciones) u otro fiduciario designado apropiado del Plan.

En el caso de las reclamaciones grupales de planes de salud o por discapacidad, el revisor no será la misma persona que hizo la determinación adversa inicial de beneficios que es objeto de la revisión, ni el subordinado de dicha persona (incluidos los médicos involucrados en la toma de la decisión sobre la apelación si se trata de un juicio médico). Cuando la determinación adversa se base en su totalidad o en parte en un juicio médico, el revisor consultará con un profesional de la salud adecuado. El profesional de la salud no será la persona que fue consultada en relación con la determinación adversa de beneficios, ni el subordinado de la persona. No se otorgará ninguna deferencia a la determinación adversa inicial de beneficios.

Podrá revisar su expediente y presentar pruebas como parte de la revisión. Tendrá la oportunidad de presentar comentarios por escrito, documentos, registros y otra información relacionada con el reclamo; y se le proporcionará, previa solicitud y de forma gratuita, acceso razonable y copias de todos los documentos, registros y otra información relevante para el reclamo de beneficios. Si un documento, registro u otra información es relevante para el reclamo se determinará de acuerdo con las regulaciones aplicables del Departamento de Trabajo (DOL). En el caso de las reclamaciones de planes de salud grupales o por discapacidad, también tiene derecho a la identificación de expertos médicos o vocacionales cuyo asesoramiento se obtuvo en nombre del Plan en relación con su determinación adversa de beneficios. La revisión tendrá en cuenta todos los comentarios, documentos, registros y otra información presentada por el reclamante en relación con la reclamación, independientemente de si dicha información se presentó o se consideró en la determinación inicial del beneficio.

En el caso de las reclamaciones de planes de salud grupales, el Administrador de Reclamaciones se asegurará de que todas las reclamaciones y apelaciones se adjudiquen de manera que no haya conflicto de intereses con respecto a la persona que toma la decisión. El Administrador de Reclamaciones garantizará la independencia e imparcialidad de las personas involucradas en la toma de la decisión. En consecuencia, las decisiones con respecto a la contratación, compensación, terminación, promoción u otros asuntos similares con respecto a cualquier individuo (como un adjudicador de reclamos o un experto médico) no deben basarse en la probabilidad de que el individuo apoye una denegación de beneficios. El Administrador de Reclamaciones se asegurará de que los profesionales de la salud consultados no sean elegidos en función de la reputación del experto para los resultados en casos impugnados, en lugar de basarse en las calificaciones del profesional.

Antes de tomar una determinación de beneficios en la revisión de las reclamaciones de planes de salud grupales o planes de discapacidad, el Administrador de Reclamaciones debe proporcionarle cualquier evidencia nueva o adicional considerada, en la que se base o generada por el Plan (o bajo la dirección del Plan) en relación con la reclamación. Esta evidencia se proporcionará sin costo alguno para usted, y se entregará antes de la determinación para darle una oportunidad razonable de responder. Antes de emitir una determinación adversa interna final de beneficios en una revisión basada en una justificación nueva o adicional, se le proporcionará la justificación sin costo alguno para usted. Se entregará antes de la determinación para darle una oportunidad razonable de responder.

Si el Plan no cumple estrictamente con todos los requisitos del proceso interno de reclamaciones y apelaciones con respecto a su reclamación de plan de salud grupal o plan de discapacidad, se considera que ha agotado el proceso interno de reclamaciones y apelaciones. En este caso, puede solicitar una revisión externa o buscar recursos legales (como se explica a continuación) sin esperar a que el Plan tome más medidas. Sin embargo, esto no se aplicará si el error fue de minimis, si el error no causa daño al reclamante, si el error se debió a una buena causa o a asuntos fuera del control del Plan, si ocurre en el contexto de un intercambio de información de buena fe, o si el error no refleja un patrón o práctica de incumplimiento. En ese caso, puede volver a presentar su reclamo para una revisión interna y puede pedirle al Plan que explique por qué el error es menor y por qué cumple con esta excepción.

Además, si su reclamo es un reclamo de atención de urgencia o un reclamo que requiere un curso continuo de tratamiento, puede comenzar una revisión externa acelerada antes de que se haya completado el proceso de apelaciones internas del Plan.

El Administrador de Reclamaciones le notificará por escrito la determinación del Plan sobre la revisión, dentro de los plazos descritos en la página 45. Para la atención de urgencia, toda la información necesaria, incluida la determinación de beneficios en la revisión, se transmitirá entre el Plan y el reclamante por teléfono, fax u otro método disponible igualmente expedito. En el caso de una determinación adversa de beneficios, dicha notificación indicará:

- La razón específica de la determinación desfavorable en la revisión;
- Referencia a las disposiciones específicas del Plan en las que se basa la determinación;
- Una declaración de que tiene derecho a recibir, previa solicitud y de forma gratuita, acceso razonable y copias de todos los documentos, registros y otra información relevante para la solicitud de beneficios; y
- Una descripción de su derecho a iniciar una acción civil bajo ERISA después de una determinación adversa en la revisión. La declaración para un reclamo de plan de discapacidad describirá cualquier período de limitaciones contractuales aplicable que se aplique al derecho del reclamante a presentar una acción, incluida la fecha calendario en la que expira el período de limitaciones contractuales para la reclamación.

En el caso de una reclamación de un plan de salud grupal, el aviso también incluirá:

- Si se utilizaron reglas internas, directrices, protocolos o criterios similares como base para la determinación adversa, ya sea la regla, directriz, protocolos u otros criterios similares específicos o una declaración de que una copia de dicha información estará disponible de forma gratuita si se solicita (para reclamaciones de salud e incapacidad);
- Para determinaciones adversas basadas en necesidad médica, tratamiento experimental u otras exclusiones o límites similares, una explicación del juicio científico o clínico utilizado en la decisión, o una declaración de que se proporcionará una explicación de forma gratuita si se solicita; (para reclamaciones de salud e invalidez);
- Una descripción del procedimiento de apelaciones voluntarias en virtud del Plan, si lo hubiera, y su derecho a obtener información adicional previa solicitud sobre dichos procedimientos;
- Una declaración de que los códigos de diagnóstico y tratamiento (y sus significados) se proporcionarán a pedido;

- Una descripción de la norma del Plan utilizada para denegar la reclamación. Por ejemplo, se incluirá una descripción del estándar de "necesidad médica";
- Además de la descripción de los procedimientos internos de apelación del Plan, una descripción de los procesos de revisión externa; y
- La disponibilidad y la información de contacto de cualquier oficina de asistencia al consumidor de seguros de salud o defensor del pueblo aplicable para ayudar a los afiliados con los procesos internos de reclamaciones y apelaciones y revisión externa.

En el caso de las determinaciones adversas de beneficios de reclamaciones de planes de salud grupales, el aviso incluirá información suficiente para identificar la reclamación en cuestión. Esto incluye:

- La fecha de la notificación;
- El proveedor de atención médica;
- El monto de la reclamación (si corresponde); y
- El código de denegación.

Para un reclamo por incapacidad, el aviso también incluirá:

- Una discusión de la decisión, incluyendo una explicación de la base para estar en desacuerdo o no seguir (A) las opiniones presentadas por el reclamante al plan de discapacidad de los profesionales de la salud que tratan al reclamante y los profesionales vocacionales que evaluaron al reclamante; (B) las opiniones de expertos médicos o vocacionales cuyo asesoramiento se obtuvo en nombre del plan de discapacidad en relación con la determinación adversa de beneficios de un reclamante, sin tener en cuenta si se basó en el asesoramiento para hacer la determinación de beneficios; y (C) una determinación de discapacidad hecha por la Administración del Seguro Social y presentada por el reclamante al plan de discapacidad;
- Si la determinación adversa de beneficios se basa en una necesidad médica o tratamiento experimental o una exclusión o límite similar, ya sea una explicación del juicio científico o clínico para la determinación, aplicando los términos del plan de discapacidad a las circunstancias médicas del reclamante, o una declaración de que dicha explicación se proporcionará de forma gratuita si se solicita; y
- Ya sea las reglas internas específicas, directrices, protocolos, normas u otros criterios similares del plan de discapacidad en los que se basó para hacer la determinación adversa de beneficios, o alternativamente, una declaración de que dichas reglas, pautas, protocolos, normas u otros criterios similares del plan de discapacidad no existen.

Los plazos para notificar la determinación de beneficios en la revisión dependen del tipo de reclamación, como se indica en el siguiente cuadro.

Todas las decisiones son definitivas y vinculantes, a menos que un tribunal de jurisdicción competente determine que son arbitrarias y caprichosas.

Acción judicial

Antes de iniciar una acción legal para obtener beneficios en virtud del Plan, primero debe agotar los procedimientos de reclamación, revisión y apelación interna y externa del Plan. Además, cualquier demanda que presente por los beneficios del Plan debe presentarse dentro de los 36 meses posteriores a la fecha en que se incurre en su reclamo en virtud del Plan.

Plazos para el proceso de apelación interna

Los procedimientos internos de apelación de reclamaciones para un beneficio específico se establecen en los Folletos de beneficios para ese beneficio. Consulte el Folleto de beneficios para conocer el beneficio específico en cuestión. En caso de que los Cuadernillos de beneficios no estén cubiertos de otra manera, se aplicarán los siguientes procedimientos. El plazo para presentar una apelación comienza cuando recibe una notificación por escrito de la determinación adversa de beneficios. El plazo para notificar la decisión de la apelación (una "notificación de determinación de beneficios en revisión") comienza cuando se presenta la apelación de acuerdo con los procedimientos del Plan. La notificación de la decisión de apelación puede proporcionarse a través de entrega en mano, correo o entrega electrónica antes de que expire el período. Es posible que las decisiones de atención urgente deban entregarse por teléfono, fax u otro método expedito disponible. Las referencias a "días" se refieren a días naturales. El Plan puede requerir dos niveles de revisión obligatoria de la apelación.

Planes FSA médicos, de medicamentos recetados, dentales, oftalmológicos, EFAP y de atención médica				Discapacidad a largo plazo y discapacidad a corto plazo	Planes FSA de Vida y AD&D, Accidentes de Viaje de Negocios y Cuidado de Dependientes
	Reclamaciones de Atención de Urgencia*	Reclamaciones previas al servicio de atención no urgente*	Reclamaciones posteriores al servicio de atención no urgente*		
Plazo para interponer el recurso	Tiene al menos 180 días.	Tiene al menos 180 días.	Tiene al menos 180 días.	Tiene al menos 180 días.	Tiene al menos 60 días.
Plazo para Notificar la Determinación de Beneficios en la Revisión	Tan pronto como sea posible teniendo en cuenta las exigencias médicas, pero a más tardar 72 horas después de la recepción de la solicitud de revisión.	Dentro de un período de tiempo razonable apropiado a las circunstancias médicas, pero a más tardar 30 días después de recibir la solicitud de revisión. Si se requieren dos niveles de revisión obligatoria de la apelación, se debe notificar dentro de los 15 días posteriores a cada apelación.	Dentro de un período de tiempo razonable, pero a más tardar 60 días después de recibir la solicitud de revisión. Si se requieren dos niveles de revisión obligatoria de la apelación, se debe proporcionar una notificación dentro de los 30 días posteriores a cada apelación.	Dentro de un período de tiempo razonable, pero a más tardar 45 días después de recibir la solicitud de revisión.	Dentro de un plazo razonable, pero a más tardar 60 días a partir de la recepción de la solicitud de revisión.
Extensiones	Ninguno.	Ninguno.	Ninguno.	45 días adicionales si circunstancias especiales requieren una extensión (con período "de peaje" hasta que responda a cualquier solicitud de información del Plan).	60 días adicionales si circunstancias especiales requieren una extensión.

* Una apelación de una decisión de atención concurrente para reducir o cancelar beneficios previamente aprobados puede ser una reclamación de atención urgente, previa al servicio o posterior al servicio, según los hechos.

PROCEDIMIENTOS DE REVISIÓN EXTERNA PARA BENEFICIOS MÉDICOS Y DE MEDICAMENTOS RECETADOS AUTOASEGURADOS

El proceso de revisión externa descrito en esta subsección se aplica a cualquier determinación adversa de beneficios bajo la cobertura de medicamentos médicos y recetados. Una denegación, reducción, terminación o falta de pago de un beneficio basada en una determinación de que un reclamante no cumple con los requisitos de elegibilidad según los términos del Plan de Bienestar no es elegible para el proceso de revisión externa.

PROCEDIMIENTOS ESTÁNDAR DE REVISIÓN EXTERNA

- Solicitud de revisión externa. El reclamante puede presentar una solicitud de revisión externa ante el Plan, siempre que la solicitud se presente dentro de los cuatro meses posteriores a la fecha de recepción de una notificación de una determinación adversa de beneficios o una determinación adversa final de beneficios. Si no hay una fecha correspondiente cuatro meses después de la fecha de recepción de dicha notificación, la solicitud debe presentarse antes del primer día del quinto mes siguiente a la recepción de la notificación. Si la última fecha de presentación cae en sábado, domingo o feriado federal, la última fecha de presentación se extiende hasta el día siguiente que no sea sábado, domingo o feriado federal.
- Revisión preliminar. Dentro de los cinco días hábiles siguientes a la fecha de recepción de la solicitud de revisión externa, el Plan completará una revisión preliminar de la solicitud para determinar si:
 - (a) El reclamante está o estaba cubierto por el Plan en el momento en que se solicitó el artículo o servicio de atención médica o, en el caso de una revisión retrospectiva, estaba cubierto por el Plan en el momento en que se proporcionó el artículo o servicio de atención médica;
 - (b) La determinación adversa de beneficios o la determinación final de beneficios no se relaciona con el incumplimiento por parte del reclamante de los requisitos de elegibilidad bajo los términos del Plan;
 - (c) El reclamante ha agotado el proceso de apelación interno del Plan, a menos que se considere que el reclamante ha agotado el proceso de apelación interno; y
 - d) El reclamante ha facilitado toda la información y los formularios necesarios para tramitar una revisión externa. Dentro de un día hábil después de la finalización de la revisión preliminar, el Plan emitirá una notificación por escrito al reclamante. Si la solicitud está completa pero no es elegible para una revisión externa, la notificación incluirá las razones de su inelegibilidad e información de contacto de la Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados del Departamento de Trabajo (número gratuito 866-444-EBSA). Si la solicitud no está completa, la notificación describirá la información o los materiales necesarios para completar la solicitud. El reclamante tendrá hasta el final del período de presentación de cuatro meses para solicitar una revisión externa, o 48 horas después de la recepción de la notificación, lo que ocurra más tarde, para perfeccionar la solicitud de revisión externa.
- Derivación a una organización de revisión independiente. El Plan asignará una "organización de revisión independiente" ("IRO") que esté acreditada por URAC o por una organización de acreditación similar reconocida a nivel nacional para llevar a cabo la revisión externa. El Plan tomará medidas contra el sesgo para garantizar la independencia mediante la contratación de al menos tres IRO para las asignaciones en virtud del Plan y rotará las asignaciones de reclamaciones entre ellos, o incorporará otros métodos independientes e imparciales para la selección de IRO (como la selección aleatoria). La IRO no será elegible para ningún incentivo financiero basado en la probabilidad de que la IRO apoye la denegación de beneficios.

(a) La IRO asignada utilizará expertos legales cuando corresponda para tomar determinaciones de cobertura bajo el Plan.

(b) La IRO asignada notificará oportunamente al reclamante por escrito la elegibilidad de la solicitud y la aceptación para la revisión externa. La notificación incluirá una declaración que el reclamante puede presentar por escrito a la IRO asignada dentro de los 10 días hábiles siguientes a la fecha de recepción de la notificación, información adicional que la IRO debe considerar al realizar la revisión externa. La IRO no está obligada a, pero puede, aceptar y considerar la información adicional presentada después de 10 días hábiles.

(c) Dentro de los cinco días hábiles posteriores a la fecha de asignación de la IRO, el Plan proporcionará a la IRO asignada los documentos y cualquier información considerada para hacer la determinación adversa de beneficios o la determinación final de beneficios adversos internos. El hecho de que el Plan no haya proporcionado oportunamente los documentos y la información no deberá retrasar la realización de la revisión externa. Si el Plan no proporciona oportunamente los documentos y la información, la IRO asignada puede dar por terminada la revisión externa y tomar la decisión de revertir la determinación adversa de beneficios o la determinación adversa final de beneficios. Dentro de un día hábil después de tomar la decisión, la IRO notificará al reclamante y al Plan.

(d) Al recibir cualquier información presentada por el reclamante, la IRO asignada debe dentro de un día hábil enviar la información al Plan. Al recibir dicha información, el Plan puede reconsiderar su determinación adversa de beneficios o la determinación adversa final de beneficios interna que es objeto de la revisión externa. La reconsideración por parte del Plan no debe retrasar la revisión externa. La revisión externa puede darse por terminada como resultado de la reconsideración solo si el Plan decide, al finalizar su reconsideración, revertir su determinación adversa de beneficios o la determinación adversa final interna de beneficios y proporcionar cobertura o pago. Dentro de un día hábil después de tomar dicha decisión, el Plan proporcionará una notificación por escrito de su decisión al reclamante y a la IRO asignada. La IRO asignada debe terminar la revisión externa al recibir la notificación del Plan.

(e) La IRO revisará toda la información y los documentos recibidos oportunamente. Al llegar a una decisión, la IRO asignada revisará la reclamación de novo (es decir, de nuevo, desde el principio) y de acuerdo con las pautas establecidas y no estará obligada por ninguna decisión o conclusión a la que se llegue durante el proceso interno de reclamaciones y apelaciones del Plan descrito en la subsección anterior.

(f) La IRO asignada debe notificar por escrito al reclamante y al Plan de la decisión final de la revisión externa dentro de los 45 días posteriores a que la IRO reciba la solicitud de la revisión externa.

(g) La notificación de decisión de la IRO asignada contendrá la información requerida por la PPACA, incluida la información suficiente para identificar las reclamaciones y los códigos de tratamiento, una declaración de que la determinación es vinculante excepto en la medida en que otros recursos puedan estar disponibles bajo la ley estatal o federal para el Plan o para el reclamante, una declaración de que la revisión judicial puede estar disponible para el reclamante, e información de contacto actual de cualquier Oficina de Asistencia al Consumidor de Seguros de Salud o Defensor del Pueblo correspondiente.

- Reversión de la decisión del plan. Al recibir una notificación de una decisión final de revisión externa que revierta la determinación adversa de beneficios o la determinación adversa final interna de beneficios, el Plan proporcionará cobertura o pago inmediato (incluida la autorización inmediata o el pago inmediato de beneficios) para la reclamación.

PROCEDIMIENTOS ACELERADOS DE REVISIÓN EXTERNA

- Solicitud de Revisión Externa Acelerada. El reclamante puede presentar una solicitud de revisión acelerada con el Plan en el momento en que reciba:
 - (a) Una determinación adversa de beneficios, si la determinación adversa de beneficios involucra una condición médica del reclamante para la cual el plazo para completar una apelación interna acelerada pondría en grave peligro la vida o la salud del reclamante o pondría en peligro la capacidad del reclamante para recuperar la función máxima y el reclamante ha presentado una solicitud para una apelación interna acelerada; o
 - (b) Una determinación adversa interna final de beneficios, si el reclamante tiene una condición médica en la que el plazo para completar una revisión externa estándar pondría en grave peligro la vida o la salud del reclamante o pondría en peligro la capacidad del reclamante para recuperar la función máxima, o si la determinación adversa final interna de beneficios se refiere a una admisión, la disponibilidad de atención, estadía continua, o artículo o servicio de atención médica por el cual el reclamante recibió servicios de emergencia, pero no ha sido dado de alta de un instalaciones.
- Revisión preliminar. Inmediatamente después de recibir la solicitud de revisión externa acelerada, el Plan completará una revisión preliminar de la validez de la solicitud del reclamante, utilizando el mismo estándar para la revisión preliminar descrito anteriormente en la subsección "Procedimientos estándar de revisión externa".

Inmediatamente después de la finalización de la revisión preliminar, el Plan emitirá al reclamante la notificación por escrito descrita anteriormente en la subsección "Procedimientos Estándar de Revisión Externa".

- Derivación a una organización de revisión independiente. El Plan asignará una IRO para llevar a cabo la revisión externa acelerada bajo el mismo procedimiento descrito anteriormente para referirse a una IRO en la subsección "Procedimientos Estándar de Revisión Externa".

El Plan proporcionará o transmitirá todos los documentos necesarios y la información que se haya tenido en cuenta para realizar la determinación adversa de beneficios o la determinación adversa final de beneficios internos a la IRO asignada, electrónicamente, por teléfono o fax o cualquier otro método expedito disponible.

La IRO asignada, en la medida en que la información o los documentos estén disponibles y la IRO los considere apropiados, debe considerar la información o los documentos descritos anteriormente bajo los procedimientos para la revisión estándar. Al llegar a una decisión, la IRO asignada revisará la reclamación de novo y de acuerdo con las pautas establecidas, y no está obligada por ninguna decisión o conclusión alcanzada durante el proceso interno de reclamaciones y apelaciones del Plan.

- Notificación de la decisión final de la revisión externa. La IRO notificará la decisión final de la revisión externa tan pronto como lo requiera la condición médica o las circunstancias del reclamante, pero en ningún caso más de 72 horas después de que la IRO reciba la solicitud de una revisión externa acelerada. Si la notificación no es por escrito, dentro de las 48 horas posteriores a la fecha de entrega de esa notificación, la IRO asignada debe proporcionar una confirmación por escrito de la decisión al reclamante y al Plan.

La decisión escrita de la IRO asignada contendrá la información requerida por la PPACA, incluida la información suficiente para identificar las reclamaciones y los códigos de tratamiento, una declaración de que la determinación es vinculante excepto en la medida en que otros recursos puedan estar disponibles bajo la ley estatal o federal para el Plan o para el reclamante, una

declaración de que la revisión judicial puede estar disponible para el reclamante, e información de contacto actual de cualquier Oficina de Asistencia al Consumidor de Seguros de Salud o Defensor del Pueblo correspondiente.

Sus derechos y protecciones contra facturas médicas sorpresa

Cuando recibe atención de emergencia o recibe tratamiento de un proveedor fuera de la red en un hospital o centro quirúrgico ambulatorio dentro de la red, está protegido contra la facturación sorpresa o la facturación de saldos.

¿Qué es la "facturación de saldo" (a veces llamada "facturación sorpresa")?

Cuando consulta a un médico u otro proveedor de atención médica, es posible que deba ciertos costos de bolsillo, como un copago, un coseguro y/o un deducible. Es posible que tenga otros costos o que tenga que pagar la factura completa si consulta a un proveedor o visita un instalaciones de atención médica que no está en la red del plan médico.

"Fuera de la red" describe a los proveedores y centros que no han firmado un contrato con el plan médico. Es posible que se permita a los proveedores fuera de la red facturarle la diferencia entre lo que su plan acordó pagar y el monto total cobrado por un servicio. A esto se le llama **"facturación de saldo"**. Es probable que este monto sea mayor que los costos dentro de la red por el mismo servicio y es posible que no cuente para su límite anual de gastos de bolsillo.

La "facturación sorpresa" es una factura de saldo inesperada. Esto puede suceder cuando no puede controlar quién está involucrado en su atención, como cuando tiene una emergencia o cuando programa una visita en un instalaciones dentro de la red, pero un proveedor fuera de la red lo atiende inesperadamente.

Está protegido contra la facturación de saldos para:

Servicios de emergencia

Si tiene una afección médica de emergencia y recibe servicios de emergencia de un proveedor o centro fuera de la red, lo máximo que el proveedor o instalaciones puede facturarle es el monto de los costos compartidos dentro de la red del plan (como copagos y coseguro). **No se le puede** facturar el saldo de estos servicios de emergencia. Esto incluye los servicios que puede recibir después de estar en condición estable, a menos que dé su consentimiento por escrito y renuncie a sus protecciones para que no se le facture el saldo de estos servicios posteriores a la estabilización.

Ciertos servicios en un hospital o centro quirúrgico ambulatorio dentro de la red

Cuando recibe servicios de un hospital o centro quirúrgico ambulatorio dentro de la red, ciertos proveedores pueden estar fuera de la red. En estos casos, lo máximo que esos proveedores pueden facturarle es el monto de los costos compartidos dentro de la red de su plan. Esto se aplica a los servicios de medicina de emergencia, anestesia, patología, radiología, laboratorio, neonatología, cirujano asistente, hospitalista o intensivista. Estos proveedores **no pueden**:

El saldo le facturará y **no podrá** pedirle que renuncie a sus protecciones para que no se le facture el saldo.

Si recibe otros servicios en estos centros dentro de la red, los proveedores fuera de la red **no pueden** facturarle el saldo, a menos que dé su consentimiento por escrito y renuncie a sus protecciones.

Nunca se le pedirá que renuncie a sus protecciones contra la facturación de saldos. Tampoco está obligado a recibir atención fuera de la red. Puede elegir un proveedor o instalaciones de la red del plan.

Cuando no se permite la facturación de saldos, también tiene las siguientes protecciones:

- Usted solo es responsable de pagar su parte del costo (como los copagos, el coseguro y los deducibles que pagaría si el proveedor o instalaciones estuviera dentro de la red). El plan médico pagará directamente a los proveedores y centros fuera de la red.
- El plan médico generalmente debe:
 - o Cubrir los servicios de emergencia sin necesidad de obtener la aprobación de los servicios por adelantado (autorización previa).
 - o Cubrir servicios de emergencia por parte de proveedores fuera de la red.
 - o Basar lo que le debe al proveedor o instalaciones (costos compartidos) en lo que le pagaría a un proveedor o instalación dentro de la red y muestre esa cantidad en su explicación de beneficios.
 - o Cuenten cualquier monto que pague por servicios de emergencia o servicios fuera de la red para su deducible y límite de gastos de bolsillo.

Si cree que se le ha facturado incorrectamente, puede comunicarse con el servicio de asistencia de No Surprises al 1-800-985-3059.

Visite www.cms.gov/nosurprises/consumers para obtener más información sobre sus derechos bajo la ley federal.

ACTOS DE TERCEROS

Cuando usted o su dependiente cubierto se lesionan o se enferman debido a las acciones o inacciones de un tercero, el Plan de Beneficios de Bienestar puede cubrir sus gastos de atención médica elegibles (médicos, medicamentos recetados, dentales y de la vista). Sin embargo, para recibir cobertura, debe notificar al Plan de Beneficios de Bienestar que su enfermedad o lesión fue causada por un tercero, y debe seguir las reglas especiales del Plan. En esta sección se describen los procedimientos del Plan de Prestaciones Sociales con respecto a la subrogación y el derecho de recuperación.

La subrogación significa que si una lesión o enfermedad es culpa de otra persona, el Plan de Beneficios de Bienestar tiene el derecho de reclamar los gastos que paga por esa enfermedad o lesión directamente de la parte culpable o de cualquiera de las fuentes de pago enumeradas más adelante en esta sección. Un derecho de recuperación significa que el Plan de Beneficios de Bienestar tiene el derecho de recuperar dichos gastos indirectamente de cualquier pago que le haga la parte culpable o cualquier otra parte relacionada con la enfermedad o lesión.

Al aceptar los beneficios del Plan de Beneficios de Bienestar para pagar tratamientos, dispositivos u otros productos o servicios relacionados con dicha enfermedad o lesión, usted acepta que el Plan de Beneficios de Bienestar:

- Tiene un gravamen equitativo sobre todo el dinero pagado (o pagadero a) usted o para su beneficio por cualquier parte responsable u otra recuperación en la medida en que el Plan de Beneficios de Bienestar pagó beneficios por dicha enfermedad o lesión;
- Puede nombrarlo como fideicomisario implícito de todo el dinero pagado (o pagadero a) usted o para su beneficio por cualquier parte responsable u otra recuperación en la medida en que el Plan de Beneficios de Bienestar haya pagado beneficios por dicha enfermedad o lesión; y
- Puede iniciar una acción en su propio nombre o en nombre de la persona cubierta contra cualquier parte responsable o tercero involucrado en la enfermedad o lesión.

Si usted (o su abogado u otro representante) recibe algún pago de las fuentes enumeradas más adelante en esta sección, a través de un juicio, acuerdo o de otro modo, cuando una enfermedad o lesión es el resultado de un tercero, acepta colocar los fondos en una cuenta separada e identificable y que el plan tiene un gravamen equitativo sobre los fondos, y/o usted acepta actuar como fideicomisario implícito de los fondos en la medida en que el Plan de Beneficios de Bienestar haya pagado los gastos relacionados con esa enfermedad o lesión. Esto significa que se considerará que usted tiene el control de los fondos.

Usted debe pagar al Plan de Beneficios de Bienestar primero, en su totalidad, con dichos fondos por cualquier gasto de atención médica que el Plan de Beneficios de Bienestar haya pagado en relación con dicha enfermedad o lesión. Usted debe pagar al Plan de Beneficios de Bienestar hasta el monto total de la compensación que recibe de la parte responsable, independientemente de si su acuerdo o fallo dice que el dinero que recibe (todo o parte de él) es para gastos de atención médica. Además, debe devolver el Plan de Beneficios de Bienestar independientemente de si el tercero admite su responsabilidad e independientemente de si ha sido compensado o compensado en su totalidad por su lesión. Si sobra dinero, puede quedárselo.

Además, no se requiere que el Plan de Beneficios de Bienestar participe ni contribuya a ningún gasto u honorarios (incluidos los honorarios y costos de abogados) en los que incurra para obtener los fondos.

Las fuentes de pago del Plan de Beneficios de Bienestar a través de la subrogación o recuperación incluyen (pero no se limitan a) las siguientes:

- Dinero de un tercero que usted, su tutor u otros representantes reciban o tengan derecho a recibir;
- Cualquier fideicomiso constructivo o de otro tipo que se imponga sobre las ganancias de cualquier acuerdo, veredicto u otra cantidad que usted, su tutor u otros representantes reciban;
- Cualquier gravamen equitativo sobre la porción de la recuperación total que se le debe al Plan de Beneficios de Bienestar por los beneficios que pagó; y
- Cualquier seguro de responsabilidad civil u otro seguro (por ejemplo, automovilista sin seguro, automovilista con seguro insuficiente, pagos médicos, compensación laboral, sin culpa, escuela, propietarios de vivienda o cobertura en exceso o suplementaria) que se pague o sea pagadero a usted, a su tutor u otros representantes.

Como participante del Plan, usted debe:

- Cooperar con los esfuerzos del Plan de Beneficios de Bienestar para garantizar el éxito de una reclamación de subrogación o recuperación, incluida la reserva de fondos en una cuenta en particular. Esto también incluye no hacer nada que perjudique los derechos de subrogación o recuperación del Plan de Beneficios de Bienestar descritos en este Resumen.
- Notificar al Plan de Beneficios de Bienestar dentro de los 30 días posteriores a la fecha en que cualquier parte, incluido un abogado, notifique su intención de presentar o investigar un reclamo para recuperar daños u obtener una compensación debido a lesiones o enfermedades sufridas.
- Proporcionar toda la información solicitada por el Plan de Beneficios de Bienestar, el Administrador de Reclamaciones o sus representantes, o el Administrador del Plan o sus representantes.

El Plan de Beneficios de Bienestar puede terminar su participación en el Plan y/o compensar sus beneficios futuros en caso de que usted no proporcione la información, las autorizaciones o coopere de otra manera de una manera que el Plan de Beneficios de Bienestar considere necesaria para ejercer sus derechos o privilegios en virtud del Plan de Beneficios de Bienestar.

Si las disposiciones de subrogación en estas disposiciones de "Actos de terceros" entran en conflicto con las disposiciones de subrogación en un contrato de seguro que rige los beneficios en cuestión, prevalecerán las disposiciones de subrogación en el contrato de seguro. Si las disposiciones sobre el derecho de recuperación en estas disposiciones de "Actos de terceros" entran en conflicto con las disposiciones sobre el derecho de recuperación en un contrato de seguro que rige los beneficios en cuestión, prevalecerán las disposiciones sobre el derecho de recuperación en el contrato de seguro.

RECUPERACIÓN DE SOBREPAGO

Siempre que se hayan realizado pagos que excedan la cantidad necesaria para cumplir con las disposiciones de este Plan, el Plan tiene derecho a recuperar estos gastos de cualquier persona (incluyéndolo a usted y a la compañía de seguros o cualquier otra organización que reciba pagos en exceso). El Plan también puede retener el pago, si es necesario, sobre beneficios futuros hasta que se recupere el pago en exceso. Además, siempre que se hayan realizado pagos basados en información fraudulenta proporcionada por usted, el Plan ejercerá el derecho de retener el pago de beneficios futuros hasta que se recupere el pago en exceso.

NO CESIÓN DE BENEFICIOS

Los participantes del Plan no pueden ceder, pignorar, pedir prestado ni prometer de otro modo ningún beneficio pagadero en virtud del Plan antes de recibir ese beneficio. Sin embargo, los beneficios se proporcionarán al hijo de un participante si así lo requiere una Orden Médica Calificada de Manutención de Menores. Además, sujeto a la dirección escrita de un participante del Plan, la totalidad o una parte de los beneficios proporcionados por el Plan pueden, a opción del Plan, y a menos que un participante solicite lo contrario por escrito, pagarse directamente a la persona que presta dicho servicio. Cualquier pago realizado por el Plan de buena fe de conformidad con esta disposición liberará completamente al Plan, al Administrador del Plan y al Empleador en la medida de dicho pago.

DECLARACIÓN ERRÓNEA DE LOS HECHOS

En el caso de una declaración errónea de cualquier hecho que afecte su cobertura bajo este Plan, los hechos verdaderos se utilizarán para determinar la cobertura vigente.

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

A continuación encontrará información clave que necesita saber sobre sus planes de beneficios: Nombre del plan/Número del plan	Magna International of America, Inc. Plan de Beneficios de Bienestar para Empleados/Plan Número 502
	Magna International of America, Inc. Plan de Seguro de Vida/Plan Número 510
	Magna International of America, Inc. Plan de Discapacidad a Largo Plazo/Plan Número 511
Patrocinador del plan	Magna International of America, Inc. 750 Tower Drive Troy, MI 48098
Número de Identificación del Empleador	98-0095901
Administrador del plan	Magna International of America, Inc. 750 Tower Drive Troy, MI 48098 1-248-631-1100
Empleadores participantes	Usted puede solicitar una lista de los Empleadores participantes al Administrador del Plan.
Agente para la notificación de procesos legales	Magna International of America, Inc. 337 Magna Drive Aurora, Ontario L4G-7K1 Attn: Secretaria Corporativa
Año del plan	Del 1 de enero al 31 de diciembre
Tipo de plan	Cada Plan es un plan de beneficios de bienestar que proporciona los siguientes tipos de beneficios: <u>Plan de Beneficios de Bienestar</u> • Médico • Medicamentos recetados • Odontología • Visión • Plan de Asistencia Familiar para Empleados • Cuenta de Gastos Flexibles para el Cuidado de la Salud • Discapacidad a corto plazo <u>Plan de seguro de vida</u> • Seguro de Vida Básico • Seguro de Vida Complementario • Seguro Básico de Vida Dependiente • Seguro de Vida Suplementario para Dependientes • Muerte Accidental y Desmembramiento (AD&D) • AD&D suplementario • Seguro de accidentes en viajes de negocios

	<u>Plan de Discapacidad a Largo Plazo</u> • Discapacidad Básica a Largo Plazo (LTD) • Compra LTD Aunque la Cuenta de Gastos Flexibles para el Cuidado de Dependientes se describe en este SPD, no es un plan ERISA.
Convenios Colectivos de Trabajo	Algunos de los beneficios de este Plan se mantienen de conformidad con los términos de los convenios colectivos. Se le proporcionará una copia del acuerdo de negociación colectiva pertinente si lo solicita al Administrador del Plan.
Fuente de las contribuciones	Dependiendo de los beneficios seleccionados por el emplead@, el costo de las contribuciones para algunos de los beneficios ofrecidos dentro del Plan será cubierto por contribuciones del Empleador, contribuciones del emplead@, o será compartido por el Empleador y el empleado. El costo de la cobertura médica, de medicamentos recetados, dental y de la vista es compartido por el empleador y los empleados inscritos en esas coberturas. El Empleador generalmente paga el 100% del costo de las coberturas EFAP, Discapacidad a Corto Plazo, LTD Básico, Accidente de Viaje de Negocios, Vida Básica y AD&D y Vida Básica para Dependientes; sin embargo, es posible que su división le exija que pague el costo de Core LTD y se le notificará si se requieren contribuciones para su cobertura. Los empleados pagan el 100% de la Cuenta de Gastos Flexibles de Vida Suplementaria, Vida Suplementaria para Dependientes, Buy-Up LTD, AD&D Suplementaria y contribuciones a la Cuenta de Gastos Flexibles para el Cuidado de la Salud y el Cuidado de Dependientes. Cuando el Empleador y los empleados compartan el costo de la cobertura, el Empleador contribuirá con la diferencia entre la cantidad que aportan los empleados y la cantidad requerida para pagar los beneficios bajo el Plan. El Administrador del Plan notificará a los empleados anualmente cuáles serán las tasas de contribución del emplead@. El Empleador, a su entera y absoluta discreción, determinará el monto de las contribuciones requeridas en virtud del Plan y podrá aumentar o disminuir el monto de la contribución requerida en cualquier momento. Cualquier reembolso, rebaja, dividendo, ajuste de experiencia u otro pago similar en virtud de un contrato de seguro grupal o un contrato de servicios administrativos se aplicará primero para reembolsar al Empleador sus contribuciones, a menos que se disponga lo contrario en ese contrato de seguro grupal, contrato de servicio administrativo o lo exija la ley aplicable.

DOCUMENTO DEL PLAN

Este documento pretende ser simplemente un resumen de los documentos oficiales del Plan. En caso de desacuerdo entre este resumen y los documentos oficiales del Plan, ya que pueden ser modificados de vez en cuando, prevalecerán las disposiciones de los documentos del Plan.

MODIFICACIÓN Y TERMINACIÓN DEL PLAN

Magna International of America, Inc. se reserva el derecho de modificar el Plan en su totalidad o en parte o de discontinuar completamente el Plan en cualquier momento. Por ejemplo, Magna International of

America, Inc. se reserva el derecho de modificar o cancelar beneficios, gastos cubiertos, copagos de beneficios, máximos de por vida, y se reserva el derecho de enmendar el Plan para exigir o aumentar las contribuciones de los empleados. Magna International of America, Inc. también se reserva el derecho de modificar el Plan para implementar las medidas de control de costos que considere aconsejables.

Cualquier enmienda, terminación u otra acción por parte de Magna International of America, Inc. será aprobada por su Consejo de Administración, un comité debidamente designado o un funcionario autorizado de acuerdo con sus procedimientos normales. Las enmiendas pueden ser retroactivas en la medida necesaria para cumplir con la ley aplicable. Ninguna enmienda o terminación reducirá el monto de cualquier beneficio pagadero en virtud del Plan por los cargos incurridos antes de la fecha de vigencia de dicha enmienda o terminación.

En el caso de la disolución, fusión, consolidación o reorganización de Magna International of America, Inc., el Plan terminará a menos que el Plan sea continuado por un sucesor de Magna International of America, Inc. u otra filial de Magna International Inc.

ADMINISTRACIÓN DEL PLAN

Magna International of America, Inc. es responsable de la administración general del Plan y será el fiduciario en la medida en que no se especifique lo contrario en este SPD, el documento del Plan o en un Folleto de Beneficios. Magna International of America, Inc. tiene la autoridad discrecional para interpretar e interpretar las disposiciones del Plan y hacer determinaciones fácticas con respecto a todos los aspectos del Plan y sus beneficios, incluido el poder de determinar los derechos o la elegibilidad de los empleados y cualquier otra persona, y los montos de sus beneficios bajo el Plan, y para remediar ambigüedades, inconsistencias u omisiones. Dichas determinaciones serán concluyentes y vinculantes para todas las partes. Una inexactitud u otro error de hecho se corregirá cuando se tenga conocimiento, y Magna International of America, Inc. hará el ajuste a causa del error que considere equitativo y factible, a la luz de la ley aplicable. Ni el Administrador del Plan ni Magna International of America, Inc. serán responsables de ninguna manera por cualquier determinación tomada de buena fe.

Magna International of America, Inc. puede designar a otras organizaciones o personas para que lleven a cabo responsabilidades fiduciarias específicas para Magna International of America, Inc. en la administración del Plan, incluidas, entre otras, las siguientes:

- De conformidad con un acuerdo de servicios administrativos o de administración de reclamaciones, si lo hubiera, la responsabilidad de administrar y gestionar el Plan, incluido el procesamiento y el pago de reclamaciones en virtud del Plan y el mantenimiento de registros relacionado;
- La responsabilidad de preparar, informar, archivar y divulgar cualquier formulario, documento y otra información que deba ser reportada y presentada por ley ante cualquier agencia gubernamental, o que se prepare y divulgue a los empleados u otras personas con derecho a beneficios bajo el Plan; y
- La responsabilidad de actuar como Administrador de Reclamaciones y de revisar las reclamaciones y denegaciones de reclamaciones en virtud del Plan en la medida en que un asegurador o administrador no esté facultado para dicha responsabilidad. Magna International of America, Inc. administrará el Plan de manera razonable y no discriminatoria y aplicará reglas uniformes a todas las personas que se encuentren en una situación similar.

PODER Y AUTORIDAD DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS

Los beneficios de Visión, Vida, Vida Dependiente, Vida Suplementaria, AD&D, AD&D, AD&D Suplementario, EFAP, Accidente de Viaje de Negocios, Core LTD y Buy-Up LTD bajo este Plan están totalmente asegurados. Los beneficios pueden proporcionarse en virtud de un contrato de seguro grupal celebrado entre Magna International of America, Inc. y una compañía de seguros. Con respecto a los beneficios totalmente asegurados, las reclamaciones de beneficios se

envían a la compañía de seguros. La compañía de seguros es el fiduciario con respecto a estas reclamaciones y responsable de pagar las reclamaciones, no Magna International of America, Inc.

La compañía de seguros es responsable de:

- Determinar la elegibilidad y el monto de los beneficios pagaderos en virtud del Plan; y
- Prescribir los procedimientos de reclamación que deben seguirse y los formularios de reclamación que deben utilizar los empleados y beneficiarios de conformidad con el Plan.
- La compañía de seguros también tiene la autoridad para exigir a los empleados y beneficiarios que le proporcionen la información que determine necesaria para la administración adecuada del Plan.

Preguntas

Si tiene preguntas generales sobre el Plan, comuníquese con el Administrador del Plan. Sin embargo, si tiene preguntas sobre la elegibilidad y/o el monto de los beneficios pagaderos en virtud del Plan, consulte sus Folletos de beneficios o comuníquese con la compañía de seguros o el Administrador de Reclamaciones correspondiente. Si tiene una tarjeta de identificación de un plan, también puede usar la información de contacto que se encuentra en el reverso de esa tarjeta.

ERISA

Como participante en el Plan, usted tiene derecho a ciertos derechos y protecciones en virtud de la Ley de Seguridad de los Ingresos de Jubilación de los Empleados de 1974 ("ERISA"). ERISA establece que usted, y todos los demás participantes, tendrán derecho a:

Reciba información sobre su plan y beneficios

Puedes:

Revise en la oficina del Administrador del Plan y en otros lugares especificados, como los lugares de trabajo, todos los documentos que rigen el Plan, los contratos de seguro, los folletos de beneficios y una copia del último informe anual (Serie del Formulario 5500), si lo hubiera, presentado por el Plan ante el Departamento de Trabajo de los EE. UU. y disponible en la Sala de Divulgación Pública de la Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados. No hay ningún cargo por esta revisión.

Obtener, previa solicitud por escrito al Administrador del Plan, copias de los documentos que rigen el funcionamiento del Plan, incluidos los Folletos de Beneficios y los acuerdos de negociación colectiva, y copias del último informe anual (Serie del Formulario 5500) y la descripción resumida actualizada del plan. El administrador puede cobrar un cargo razonable por las copias.

Recibir un resumen del informe financiero anual del Plan, si ERISA requiere que lo prepare. El Administrador del Plan está obligado por ley a proporcionar a cada participante una copia de cualquier informe anual resumido (SAR) requerido.

Continuar con la cobertura del plan de salud grupal

Usted puede continuar con la cobertura de atención médica para usted, su cónyuge y/o hijo(s) dependiente(s) si hay una pérdida de cobertura bajo el Plan debido a un evento calificado. Es posible que usted o sus dependientes tengan que pagar por dicha cobertura. Revise este resumen de la descripción del plan y los documentos que rigen el Plan para conocer las reglas que rigen sus derechos de continuación de la cobertura de COBRA.

Acciones prudentes de los fiduciarios del plan

Además de crear derechos para los participantes del plan, ERISA impone deberes a las personas que son responsables de la operación del plan de beneficios para empleados. Las personas que operan su Plan, llamadas "fiduciarios" del Plan, tienen el deber de hacerlo con prudencia y en interés suyo y de los demás participantes y beneficiarios del Plan. Nadie, ni siquiera su empleador o cualquier otra persona, puede despedirlo o discriminarlo de ninguna manera para impedirle obtener un beneficio del Plan o ejercer sus derechos bajo ERISA.

Haga valer sus derechos

Si su reclamo de un beneficio es denegado o ignorado, en su totalidad o en parte, tiene derecho a saber por qué se hizo, a obtener copias de los documentos relacionados con la decisión sin cargo y a apelar cualquier denegación, todo dentro de ciertos plazos. Bajo ERISA, hay pasos que puede seguir para hacer valer los derechos anteriores. Por ejemplo, si solicita una copia de los documentos del Plan o el último informe anual (si lo hubiera) del Plan y no los recibe dentro de los 30 días, puede presentar una demanda en un tribunal federal. En tal caso, el tribunal puede exigir que el Administrador del Plan proporcione los materiales y le pague hasta \$110 por día hasta que reciba los materiales, a menos que los materiales no se hayan enviado debido a razones fuera del control del administrador. Si tiene un reclamo de beneficios que es denegado o ignorado, en su totalidad o en parte, puede presentar una demanda en un tribunal estatal o federal. Además, si usted no está de acuerdo con la decisión del Plan o la falta de ella con respecto al estado calificado de una orden de manutención médica de los hijos, puede presentar una demanda en un tribunal federal.

Si sucediera que los fiduciarios del Plan hicieran un mal uso del dinero del Plan, o si usted es discriminado por hacer valer sus derechos, puede buscar ayuda del Departamento de Trabajo de los EE. UU., o puede presentar una demanda en un tribunal federal. El tribunal decidirá quién debe pagar las costas judiciales y los honorarios legales. Si tiene éxito, la corte puede ordenar a la persona a la que ha demandado que pague estos costos y honorarios. Si pierde, el tribunal puede ordenarle que pague estos costos y honorarios, por ejemplo, si determina que su reclamo es frívolo.

Ayuda con sus preguntas

Si tiene alguna pregunta sobre su plan, debe comunicarse con el administrador del plan. Si tiene alguna pregunta sobre esta declaración o sobre sus derechos en virtud de ERISA, o si necesita ayuda para obtener documentos del Administrador del Plan, debe comunicarse con la oficina más cercana de la Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados (anteriormente Administración de Beneficios de Pensiones y Bienestar), Departamento de Trabajo de EE. UU., que figura en su directorio telefónico o: División de Asistencia Técnica y Consultas Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados Departamento de Trabajo de EE. UU. 200 Avenida de la Constitución N.W.

Washington, D.C. 20210

También puede obtener ciertas publicaciones sobre sus derechos y responsabilidades bajo ERISA llamando a la línea directa de publicaciones de la Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados.

APÉNDICE A — FOLLETOS DE BENEFICIOS

Este resumen debe leerse en combinación con los contratos de seguro, los manuales para miembros, los certificados de cobertura o los documentos de evidencia de cobertura (denominados en conjunto e individualmente como "Folletos de beneficios") proporcionados por las compañías de seguros y los administradores de reclamaciones.

Los Folletos de Beneficios están destinados a describir los beneficios disponibles para usted como empleado de Magna International of America, Inc. o un Empleador participante y, cuando se leen con este resumen, están destinados a cumplir con los requisitos de SPD de ERISA.

Consulte los Folletos de beneficios para obtener detalles sobre los beneficios del plan.

Para obtener información adicional o copias de los Folletos de beneficios, comuníquese con el Administrador del Plan.

Cobertura	Nombre del cuadernillo de beneficios
Médico	Manual para empleados de Magna International of America, Inc. Manual para empleados de Magna Mirrors of America, Inc.
Medicamento con receta	Resumen de beneficios de farmacia
Dental	Certificado de Cobertura
Visión	Evidencia de Cobertura
Seguro de Vida Básico	Su Certificado de Seguro
Seguro de Vida Suplementario	Su Certificado de Seguro
Seguro de Vida Básico y Suplementario para Dependientes	Su Certificado de Seguro
Discapacidad a corto plazo	Folleto "Su plan de beneficios"
Discapacidad básica a largo plazo	Su Certificado de Seguro
Comprar Discapacidad a Largo Plazo	Su Certificado de Seguro
Muerte accidental y desmembramiento	Su Certificado de Seguro
AD&D Suplementario	Su Certificado de Seguro
Accidente de Viaje de Negocios	Su Certificado de Seguro

APÉNDICE B — INFORMACIÓN ADICIONAL SOBRE EL MÉTODO RETROSPECTIVO

GLOSARIO DE TÉRMINOS DEFINIDOS RELACIONADOS CON EL MÉTODO LOOKBACK

Interrupción en el servicio. Una Interrupción en el Servicio ocurre cuando usted no tiene una Hora de Servicio por un período de 13 semanas consecutivas o más. El Administrador del Plan, a su discreción, también puede determinar si usted ha tenido una Interrupción en el Servicio utilizando la Regla de Paridad. Bajo la Regla de Paridad, se considerará que usted ha tenido una Interrupción en el Servicio si tiene un período de al menos cuatro semanas (hasta 13 semanas) durante el cual no tiene una Hora de Servicio, si el período sin una Hora de Servicio es mayor que su período de empleo inmediatamente anterior.

Horario de servicio. Horas de servicio se refiere a cualquier hora por la que se le pague, o tenga derecho a recibir un pago, por (1) el desempeño de deberes para el Empleador, o (2) durante un período de tiempo durante el cual no se realizan deberes debido a vacaciones, días festivos, enfermedad, incapacidad (incluida la discapacidad), despido, servicio de jurado, deber militar o licencia de ausencia. Las horas de servicio para los empleados asalariados y los empleados por hora se basan en las horas reales trabajadas. Una Hora de Servicio no incluye:

- Horas por las que su compensación se considera ingreso de fuente no estadounidense;
- Horas trabajadas como voluntario;
- Horas trabajadas como parte de un Programa Federal de Estudio y Trabajo.

Una hora de horas extras cuenta como una hora de servicio, independientemente de la tarifa que se le pague.

Período Administrativo Inicial. Período Administrativo Inicial significa el período (de no más de 90 días) que comienza inmediatamente después del final del Período de Medición Inicial y termina inmediatamente antes del inicio del Período de Estabilidad Inicial. El Período de Medición Inicial también incluye el período entre la fecha de contratación de un nuevo empleado y el comienzo del Período de Medición Inicial, si el Período de Medición Inicial comienza después de la fecha de contratación del nuevo empleado.

Período de medición inicial. Período de medición inicial significa el período que comienza el primer día del mes siguiente a su fecha de inicio y finaliza 12 meses después.

Período de estabilidad inicial. Período de estabilidad inicial significa el período de 12 meses que comienza el primer día del mes siguiente a los 13 meses consecutivos posteriores a la fecha de contratación.

Valor mínimo. Un plan que cumple con los estándares de valor mínimo paga al menos el 60% de los costos totales permitidos de los beneficios proporcionados bajo el plan.

Nuevo empleado. Se le considera un Empleado Nuevo a los efectos de la Definición de Elegibilidad Retrospectiva si no trabajó durante todo el Período de Medición Estándar antes del año del plan.

Nuevo empleado a tiempo completo. Si está programado regularmente para trabajar al menos 30 horas por semana en el momento de la contratación o cuando regrese al trabajo después de una interrupción en el servicio, el empleador lo clasificará como un nuevo empleado a tiempo completo a los efectos de los beneficios médicos.

Nuevo empleado a tiempo parcial. Si está programado regularmente para trabajar menos de 30 horas de servicio a la semana en el momento de la contratación o después de una interrupción en el servicio, el empleador lo clasificará como un nuevo empleado a tiempo parcial para fines de beneficios médicos.

Empleado de temporada. Si el Empleador lo contrata en un puesto habitualmente de seis meses o menos, comenzando aproximadamente al mismo tiempo anualmente, el Empleador lo clasificará como de temporada para fines de beneficios médicos.

Licencia especial sin goce de sueldo. Licencia especial sin goce de sueldo significa licencia sin goce de sueldo sujeta a la FMLA, USERRA o a causa del servicio de jurado.

Período Administrativo Estándar. Período Administrativo Estándar significa el período (de no más de 90 días) que comienza inmediatamente después del final del Período de Medición Estándar y termina inmediatamente antes de que comience el Período de Estabilidad Estándar.

Período de medición estándar. Período de medición estándar significa el período de 12 meses que comienza cada 13 de octubre y finaliza el año siguiente el 12 de octubre . Las Horas de Servicio de un Empleado se determinan excluyendo cualquier período de Licencia Especial No Remunerada durante el Período de Medición Estándar y aplicando ese promedio para todo el Período de Medición Estándar.

Período de estabilidad estándar. Período de Estabilidad Estándar significa el año del plan inmediatamente después del final de un Período de Medición Estándar.

Empleado de Horario Variable. Si el Empleador no puede saber razonablemente cuándo es contratado o cuándo regresa al trabajo después de una Interrupción en el Servicio si tendrá un promedio de al menos 30 Horas de Servicio por semana durante el Período de Medición Inicial, el Empleador lo clasificará como un Empleado de Horas Variables. Los pasantes y los estudiantes cooperativos se clasifican como empleados de horas variables.

APÉNDICE C – NORMAS ESPECIALES RELATIVAS AL COVID-19

Este Apéndice C es un complemento del Plan que se aplica durante el período de emergencia de salud pública por COVID-19 declarado por el Departamento de Salud y Servicios Humanos ("HHS") el 31 de enero de 2020. A menos que se indique lo contrario, estas reglas expirarán con la terminación del período de emergencia de salud pública COVID-19 el 11 de mayo de 2023.

Reglas de la Cuenta de Gastos Flexibles para el Cuidado de la Salud

Los participantes en la Cuenta de Gastos Flexibles para el Cuidado de la Salud pueden transferir saldos no utilizados de 2020 a 2021, y transferir saldos no utilizados de 2021 a 2022.

Si terminó su empleo en 2020 o 2021, es posible que se le reembolsen las reclamaciones incurridas después de la fecha de terminación y antes del último día del año del plan (31 de diciembre) de cualquier contribución de nómina restante acreditada en su cuenta.

Reglas de la Cuenta de Gastos Flexibles para el Cuidado de Dependientes

Los participantes en la Cuenta de Gastos Flexibles para el Cuidado de Dependientes pueden transferir saldos no utilizados de 2020 a 2021 y transferir saldos no utilizados de 2021 a 2022.

Además, se extiende el período de reclamos para un dependiente que "supera la mayoría de edad" al cumplir 13 años durante la emergencia de salud pública de COVID-19. La edad límite es de 14 años para 2021, pero esto solo se aplica a los fondos de la Cuenta de Gastos Flexibles para el Cuidado de Dependientes que no se gastaron a fines de 2020.

Cambios en las elecciones de mitad de año

Se le permite cambiar su elección de Cuenta de Gastos Flexibles para el Cuidado de la Salud o Cuenta de Gastos Flexibles para el Cuidado de Dependientes en cualquier momento de 2021, incluso si no experimentó un evento de cambio de estatus.

Cobertura para las pruebas de COVID-19

Cobertura de pruebas diagnósticas in vitro para detectar el SARS-CoV-2 (incluidas las pruebas para detectar anticuerpos contra el SARS-CoV-2) o diagnosticar el COVID-19, y la administración de estas pruebas sin costo:

- Que estén aprobados por la FDA;
- Para los cuales el desarrollador ha solicitado o tiene la intención de solicitar la aprobación de uso de emergencia de la FDA, hasta que se deniegue la aprobación de la prueba por parte de la FDA o el desarrollador no solicite la autorización a tiempo;
- Que se desarrollen en estados que hayan informado al Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS, por sus siglas en inglés) de su intención de revisar las pruebas de COVID-19; y
- Que el HHS determine que son apropiados.

También se proporciona cobertura para artículos y servicios proporcionados durante una visita al consultorio (ya sea en persona o mediante telesalud, e incluyendo las tarifas de las instalaciones), visita al centro de atención de urgencia o visita a la sala de emergencias que resulte en una solicitud o administración de pruebas de COVID-19. Estos artículos y servicios están cubiertos solo en la medida en que se relacionen con la evaluación que usted o un cónyuge o dependiente cubierto para determinar si es necesaria una prueba, o para proporcionar o administrar una prueba de COVID-19.

También se proporciona cobertura para:

- Pruebas en el hogar y en el punto de atención.
- Pruebas en sitios administrados por el estado o por la localidad.

Para las personas que se sometan a múltiples pruebas de COVID-19, se proporcionará cobertura para cada prueba y los artículos y servicios relacionados, según corresponda desde el punto de vista médico.

Cobertura de servicios preventivos de COVID-19

Las disposiciones de esta subsección no se limitan a la duración de la emergencia de salud pública por COVID-19.

El Plan de Beneficios de Bienestar cubrirá sin costo todas las inmunizaciones/vacunas contra el COVID-19 con una recomendación que las convierta en servicios preventivos del coronavirus calificados según la Ley de Ayuda, Alivio y Seguridad Económica del Coronavirus ("Ley CARES"), sin costos compartidos, incluso si las vacunas no están enumeradas para uso de rutina en los calendarios de vacunación emitidos por los CDC. Esto incluye la administración relacionada de las vacunas y cualquier otro "servicio preventivo calificado para el coronavirus" en virtud de la Ley CARES como artículo, servicio o inmunización que esté destinado a prevenir o mitigar el COVID-19 y que sea:

- Un artículo o servicio basado en evidencia que tiene en efecto una calificación de "A" o "B" en las recomendaciones actuales del Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de EE. UU.
- Una inmunización que tiene en efecto una recomendación de los CDC/Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización con respecto a la persona involucrada, ya sea que la inmunización se recomiende o no para uso de rutina.

Ciertos plazos del plan se extienden durante el período del brote

Según las regulaciones del Departamento de Trabajo, el período desde el 1 de marzo de 2020 hasta 60 días después del final anunciado de la emergencia nacional por COVID-19 (o cualquier otra fecha anunciada por el Departamento en futuras directrices) no se tiene en cuenta para todos los participantes del Plan, beneficiarios, beneficiarios calificados o reclamantes, dondequiera que se encuentren, en el cálculo de ciertos plazos relacionados con los beneficios. Esto se conoce como el "período de brote". El gobierno federal ha anunciado que la emergencia nacional por COVID-19 terminará el 11 de mayo de 2023, lo que significa que el período del brote finalizará el 10 de julio de 2023. Por lo tanto, las reglas especiales descritas en este Apéndice ya no se aplicarán a los plazos del Plan para eventos que ocurran después del 10 de julio de 2023, y prevalecerán los plazos en el SPD.

El período del brote se limita a:

- Un año a partir de la fecha en que los participantes del Plan, beneficiarios, beneficiarios calificados o reclamantes fueron elegibles por primera vez para el alivio; o
- 60 días después del fin anunciado de la emergencia nacional por COVID-19 (10 de julio de 2023).

Continuación de la cobertura de COBRA

Su derecho a la continuación de la cobertura del plan de salud grupal bajo COBRA se describe en el SPD. El Plan de Beneficios de Bienestar no tendrá en cuenta el período de brote para determinar los siguientes plazos para los participantes o beneficiarios calificados:

- El período de 60 días para elegir COBRA.
- La(s) fecha(s) de vencimiento para realizar los pagos de las primas de COBRA.
- La fecha para que las personas notifiquen al Plan sobre un evento que califique para COBRA o una determinación de discapacidad.

Así, por ejemplo:

- Un beneficiario calificado de COBRA habría tenido que hacer una elección de COBRA antes del 1 de marzo de 2021, luego la fecha límite para hacer la elección se retrasó hasta el 28 de febrero de 2022.
- Un beneficiario calificado de COBRA habría tenido que hacer una elección de COBRA antes del 1 de diciembre de 2022, luego la fecha límite para hacer la elección se retrasa hasta el 8 de septiembre de 2023, que es el primero del 1 de diciembre de 2023, o los 60 días después del final del período del brote (60 días después del 10 de julio de 2023).

Período de inscripción especial de HIPAA

Los derechos de inscripción especial de HIPAA le permiten inscribirse a sí mismo y/o a sus dependientes en la cobertura médica y de medicamentos recetados después de ciertas circunstancias.

- Si usted (o sus dependientes) pierden otra cobertura médica o de medicamentos recetados o cuando una persona se convierte en su dependiente por nacimiento, adopción, adopción o matrimonio, generalmente tiene 31 días para inscribirse en la cobertura de medicamentos médicos y recetados del plan.
- Si pierde la elegibilidad para la cobertura bajo un programa estatal de Medicaid o CHIP, o si se vuelve elegible para la asistencia estatal para el pago de la prima bajo Medicaid o CHIP, generalmente tiene 60 días para inscribirse en la cobertura médica y de medicamentos recetados del plan.

El Plan de Beneficios de Bienestar no tendrá en cuenta el período de brote a los efectos de calcular el período de inscripción especial de HIPAA de 31 o 60 días.

Plazos de reclamación y apelación de beneficios

El SPD describe los plazos de reclamación y apelación de beneficios que se aplican a los beneficios del Plan que están cubiertos por ERISA. Los siguientes plazos se ven afectados:

- El Plan no tendrá en cuenta el período de brote para determinar la fecha límite en la que se deben presentar y apelar las reclamaciones de beneficios.
- El Plan también ignorará el período de brote para determinar la fecha límite en la que un Participante debe presentar o perfeccionar una solicitud de revisión externa de una reclamación de beneficios médicos.

4888-8356-4272 v1 [18402-95]