

MAGNA INTERNATIONAL DE AMÉRICA, INC.

PLAN DE PRESTACIONES SOCIALES

Enmendado y reformulado a partir de

1 de enero de 2026

PREÁMBULO Y EJECUCIÓN

CONSIDERANDO QUE, Magna International of America, Inc. ("la Compañía") mantiene beneficios médicos, dentales, de visión, asistencia para empleados, vida grupal y muerte accidental y desmembramiento, incapacidad temporal, incapacidad a largo plazo, accidente de viaje de negocios, cuenta de gastos sanitarios, cuenta de gastos en cuidado de dependientes y planes de cafetería para sus empleados y sus dependientes elegibles, así como para los empleados y dependientes elegibles de cada Empleador Participante; y

CONSIDERANDO QUE, la Compañía ha adoptado el Plan Consolidado de Beneficios de Bienestar de Magna International of America, Inc., que entró en vigor originalmente el 1 de agosto de 1990, y que fue recientemente modificado y reformulado a partir del 1 de enero de 2015, y renombrado como el Plan de Beneficios de Bienestar de Magna International of America, Inc., que establece disposiciones relacionadas con medicina, medicamentos con receta, odontología, visión, Beneficios de la cuenta de asistencia para empleados, discapacidad temporal, cuenta de gastos en atención sanitaria y gastos en cuidado de dependientes para empleados elegibles, cada uno de los cuales (excepto la visión y el programa de asistencia al empleado) se financia mediante activos generales, y disposiciones relacionadas con beneficios de vida grupal y muerte accidental y desmembramiento, discapacidad a largo plazo y beneficios por accidentes de viaje de negocios para empleados elegibles conforme a los términos de las pólizas grupales;

CONSIDERANDO QUE la Compañía ha adoptado el Plan de Cafetería de Magna International of America, Inc., originalmente vigente el 1 de enero de 1993, con la última modificación y reformulación a fecha de 1 de enero de 2026;

CONSIDERANDO QUE, la Compañía desea tener un único documento de plan que describa los términos relevantes del plan, pero tratándolos como planes separados para fines de notificación y divulgación de ERISA.

AHORA, POR TANTO, en virtud y en ejercicio del poder de enmienda reservado a la Compañía, el Plan de Beneficios de Bienestar de Magna International of America, Inc. (el "Plan") queda enmendado y reformulado con efecto a partir del 1 de enero de 2026, y cubre los siguientes tres planes:

(1) El Plan de Beneficios de Bienestar para Empleados de Magna International of America, Inc. (Plan Número 502), que ofrece los siguientes tipos de beneficios:

- Medicina
- Medicamentos con receta
- Odontología
- Visión
- Plan de Asistencia Familiar para Empleados
- Cuenta de Gastos Flexibles en Sanidad
- Cuenta de Gastos Flexibles para Cuidados a Dependientes
- Incapacidad temporal
- Reembolso de primas para jubilados

(2) El Plan de Seguro de Vida de Magna International of America, Inc. (Plan Número 510), que ofrece los siguientes tipos de beneficios:

- Seguro de Vida Básico
- Seguro de Vida Suplementario

- Seguro de Vida Básico para Dependientes
- Seguro de Vida Suplementario para Dependientes
- Muerte accidental y desmembramiento (AD&D)
- AD&D suplementario
- Seguro de accidentes de viaje de negocios

(3) El Plan de Discapacidad a Largo Plazo de Magna International of America, Inc. (Plan Número 511), que proporciona los siguientes tipos de beneficios:

- Discapacidad Básica a Largo Plazo (LTD)
- Buy-Up Ltd

EN TESTIMONIO DE LO CUAL, el abajo firmante ha hecho que el Plan sea ejecutado por su funcionario debidamente autorizado este _____ día de _____ de 2025.

MAGNA INTERNATIONAL DE AMÉRICA, INC.

Por _____

Título _____

y

Por: _____

Título: _____

ÍNDICE

ARTÍCULO I ESTABLECIMIENTO DEL PLAN	1
1.1 Fecha de vigencia.....	1
1.2 Propósito.....	1
1.3 Calificación.....	1
1.4 Duración.....	2
DEFINICIONES	ARTÍCULO II 3
2.1 Beneficios.....	3
2.2 Interrupción en el servicio	3
2.3 Cambio de estatus	3
2.4 Administrador de reclamaciones	4
2.5 Código.....	4
2.6 COBRA.....	4
2.7 Compañía.....	4
2.8 Empleado cubierto	5
2.9 Persona cubierta	5
2.10 Dependiente.....	5
2.11 Plan de Cuenta de Gastos para Cuidado de Dependientes	5
2.12 Fecha de vigencia.....	6
2.13 Empleado.....	6
2.14 Empleador.....	6
2.15 ERISA.....	7
2.16 FMLA	7
2.17 Plan de Cuenta de Gastos Sanitarios	7
2.18 Cuenta de ahorro para la salud	7
2.19 HIPAA	7
2.20 Horario de servicio	7
2.21 Documento incorporado	7
2.22 Periodo Administrativo Inicial	7
2.23 Periodo inicial de medición	8
2.25 Nuevo empleado a tiempo completo	8
2.26 Nuevo empleado a tiempo parcial	8
2.28 Plan.....	8
2.29 Administrador de Planes	8
2.30 Año de plan	8
2.31 Jubilado.....	9
2.32 Plan de reembolso de primas para jubilados	9
2.33 Acuerdo de deducción salarial	9
2.34 Contribuciones por deducción salarial	9
2.35 Acuerdo de reducción salarial	9
2.36 Contribuciones a la reducción salarial	9
2.37 Empleados temporales	9
2.38 Esposo.....	9

2.39	Periodo Administrativo Estándar	9
2.40	Periodo de medición estándar	10
2.41	Periodo de Estabilidad Estándar	10
2.42	Empleado de horas variables.....	10
ARTÍCULO III ELEGIBILIDAD, PARTICIPACIÓN Y COBERTURA		11
3.1	Elegibilidad.....	11
3.2	Participación.....	14
3.3	Cobertura.....	14
3.4	Cobertura bajo la Ley de Licencia Familiar y Médica y la Sección 609 de ERISA.....	20
3.5	Ley de Derechos de Empleo y Reempleo de los Servicios Uniformados.....	21
3.6	Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro de Salud de 1996	21
3.7	Coordinación con el Programa Estatal de Medicaid	21
3.8	Ley de Paridad en Salud Mental y Paridad en Salud Mental y Equidad en Adicciones Actuar.....	22
3.9	Ley de Salud de la Mujer y Derechos del Cáncer	22
3.10	Ley de Protección de la Salud de Recién Nacidos y Madres	22
3.11	Ley de No Discriminación en Información Genética de 2008	23
3.12	Ley de Reautorización del Programa de Seguro de Salud Infantil de 2009	23
3.13	Ley de Cuidado de Salud Asequible	23
BENEFICIOS		ARTÍCULO IV 25
4.1	Beneficios.....	25
4.2	Opciones.....	25
4.3	Beneficio de Compensación No Reducida	25
4.4	Beneficios Electivos	26
4.5	Beneficios no electivos	28
4.6	Límites para ciertos empleados	30
4.7	Notificación de los importes de pago de las primas	30
4.8	Aplicación de otros planes	30
ARTÍCULO V		ELECCIONES 32
5.1	Inscripción en beneficios no electivos	32
5.2	Inscripción para beneficios electivos	32
5.3	Acuerdos de reducción/deducción salarial	32
5.4	Formularios y acuerdos	32
5.5	Beneficios predeterminados	33
5.6	Plazos.....	33
5.7	Validez de los formularios electorales	34
5.8	Cambios en las elecciones	34
ARTÍCULO VI COORDINACIÓN DE BENEFICIOS		39
6.1	Aplicabilidad.....	39
6.2	Definiciones de la COB	39
6.3	Reglas de Orden de Determinación de Beneficios	40
6.4	Efecto en los beneficios de este plan.....	42

6.5	Limitación de los beneficios	43
6.6	Derecho a recibir y liberar la información necesaria de la COB	43
6.7	Facilidad de pago	43
6.8	Derecho de recuperación	43
6.9	Disposiciones Gubernamentales	44
ARTÍCULO VII COBERTURA DE CONTINUACIÓN COBRA		45
7.1	Elegibilidad para la Cobertura de Continuación	45
7.2	Definiciones.....	45
7.3	Pérdida de elegibilidad para la cobertura de continuación	46
7.4	Terminación de la cobertura de continuación de COBRA	46
7.5	Requisitos de aviso	47
7.6	Cobertura disponible para continuar	48
7.7	Normas electorales	49
7.8	Prima requerida	50
7.9	Disposiciones Gubernamentales	50
ARTÍCULO VIII CONTRIBUCIONES, FINANCIACIÓN Y ACTIVOS DEL PLAN		51
8.1	Contribuciones.....	51
8.2	Financiación.....	52
8.3	Activos del plan	52
8.4	Tratamiento de ciertos pagos de pólizas	52
PROCEDIMIENTOS DE RECLAMACIÓN Y PAGO DEL ARTÍCULO IX.....		54
9.1	Procedimientos generales de reclamaciones	54
9.2	Administrador de reclamaciones	54
9.3	Administración de Reclamaciones	55
9.4	Reclamantes.....	55
9.5	Formularios de reclamación	55
9.6	Fecha límite para presentar una reclamación	55
9.7	Prueba de la reclamación	55
9.8	Decisión sobre la reclamación	55
9.9	Derecho a apelar	61
9.10	Derecho a una revisión externa de las reclamaciones.....	68
9.11	Recurso legal	69
9.12	Reclamaciones por responsabilidad de terceros	69
9.13	Procedimientos de pago	71
ARTÍCULO X		72
10.1	Administrador de Planes	72
10.2	Funciones del administrador del plan	72
10.3	Poderes del administrador del plan	72
10.4	Finalización de las decisiones	74
10.5	Compensación y fianza del administrador del plan	74
10.6	Seguro de responsabilidad civil	74
10.7	Poderes reservados	74

ARTÍCULO XI ENMIENDA, TERMINACIÓN O FUSIÓN DEL PLAN	75
11.1 Derecho a modificar el plan	75
11.2 Derecho a terminar o fusionar el plan.....	75
11.3 Efecto de la enmienda, terminación o fusión	75
ARTÍCULO XII	MISCELÁNEA 76
12.1 Sin derechos laborales	76
12.2 Derechos exclusivos	76
12.3 Sin derechos de propiedad	76
12.4 No Cesión de Beneficios	76
12.5 Derecho a compensar pagos futuros	76
12.6 Derecho a recuperar pagos	77
12.7 Tergiversación o fraude	77
12.8 Acción legal	77
12.9 Ley que Regula.....	77
12.10 Instrumento de Gobierno	77
12.11 Cláusula de Ahorro	78
12.12 Subtítulos y Encabezados	78
12.13 Avisos.....	78
12.14 Exención	78
12.15 Dependencia de las partes	78
12.16 Aviso legal	78
12.17 Gastos	79
12.18 Indemnización	79
12.19 Obligaciones fiscales de los empleados	79
ARTÍCULO XIII HIPAA	80
13.1 Alcance.....	80
13.2 Definiciones.....	80
13.3 Usos y divulgaciones de la	PHI 81
13.4 Acuerdos de privacidad del empleador	81
13.5 Acuerdos de garantía del empleador	83
APÉNDICE A MAGNA INTERNATIONAL OF AMERICA, INC.	1
PLAN DE GASTOS DE LA CUENTA DE CUIDADO DE DEPENDIENTES	1
ARTÍCULO I ESTABLECIMIENTO DEL PLAN	1
1.1 Fecha de vigencia.....	1
1.2 Propósito.....	1
1.3 Calificación.....	1
1.4 Incorporación por referencia	1
1.5 Duración.....	1
DEFINICIONES	ARTÍCULO II 2
2.1 Empleado cubierto	2
2.2 Gastos de cuidado de dependientes	2

2.3	Plan de Cuenta de Gastos para Cuidado de Dependientes	2
2.4	Fecha de vigencia.....	2
2.5	Exclusiones.....	2
2.6	Beneficio anual máximo	2
2.7	Plan.....	2
2.8	Clasificación individual	3
PARTICIPACIÓN		ARTÍCULO III 4
3.1	Participación	4
3.2	Finalización de la participación	4
ARTÍCULO IV BENEFICIO DE REEMBOLSO POR CUIDADO DE DEPENDIENTES.....		5
4.1	Derecho a Beneficiarse	5
4.2	Mantenimiento de cuentas	5
4.3	Cantidad a pagar	5
4.4	Gastos de cuidado de dependientes	5
4.5	Límites.....	6
ARTÍCULO V EXCLUSIONES		9
5.1	Reglas generales	9
5.2	Exclusiones específicas	9
5.3	Exclusiones condicionales	10
PROCEDIMIENTOS		11
6.1	Procedimientos de inscripción y elecciones	11
6.2	Procedimientos de reclamación	11
6.3	Administrador de reclamaciones	11
6.4	Administración de Reclamaciones	11
6.5	Prueba de la reclamación	11
APÉNDICE B MAGNA INTERNATIONAL OF AMERICA, INC.		1
PLAN DE GASTOS SANITARIOS		1
ARTÍCULO I ESTABLECIMIENTO DEL PLAN		1
1.1	Fecha de vigencia.....	1
1.2	Propósito.....	1
1.3	Calificación.....	1
1.4	Incorporación por referencia	1
1.5	Duración.....	2
DEFINICIONES		ARTÍCULO II 3
2.1	Cantidad de transferencia	3
2.2	Empleado cubierto	3
2.3	Dependiente.....	3
2.4	Fecha de vigencia.....	3
2.5	Exclusiones.....	3
2.6	Cuenta de Gastos Sanitarios	3

2.7	Beneficio anual máximo	4
2.8	Plan.....	4
2.9	Gastos médicos que califican	4
PARTICIPACIÓN		ARTÍCULO III 5
3.1	Participación	5
3.2	Finalización de la participación	5
ARTÍCULO IV DE BENEFICIOS POR GASTOS MÉDICOS		6
4.1	Derecho a Beneficiarse	6
4.2	Mantenimiento de cuentas	6
4.3	Cantidad a pagar	6
4.4	Gastos médicos que califican	6
4.5	Límites.....	8
ARTÍCULO V EXCLUSIONES		9
5.1	Reglas generales	9
5.2	Exclusiones específicas	9
PROCEDIMIENTOS		11
6.1	Procedimientos de inscripción y elecciones	11
6.2	Procedimientos de reclamación	11
6.3	Administrador de reclamaciones	11
6.4	Administración de Reclamaciones	11
6.5	Prueba de la reclamación	11
APÉNDICE C DOCUMENTOS INCORPORADOS APLICABLES		1
APÉNDICE D EMPLEADOS DEL EMPLEADOR AUTORIZADOS A TENER ACCESO A INFORMACIÓN SANITARIA PROTEGIDA		1
APÉNDICE E EMPLEADORES PARTICIPANTES		1
APÉNDICE F 1		
NORMAS ESPECIALES RELACIONADAS CON LA COVID-19		1

ARTÍCULO I

ESTABLECIMIENTO DEL PLAN

1.1 Fecha de entrada en vigor

El Plan de Beneficios de Bienestar de Magna International of America, Inc. (el "Plan") se modifica y reformula con efecto a partir del 1 de enero de 2026.

1.2 Propósito

El Plan ha sido creado para proporcionar beneficios específicos de salud y bienestar en beneficio exclusivo de las Personas Cubiertas, según se define en la Sección 2.9.

El Plan también pretende dar a los empleados cubiertos, según la definición de la Sección 2.8, los medios para intercambiar total o parcialmente su compensación por otros beneficios del Plan que seleccionen.

1.3 Clasificación

En la medida en que este Plan proporcione beneficios específicos de salud y bienestar, está destinado a cumplir con los requisitos escritos del documento del plan de la sección 402 de la Ley de Seguridad de Ingresos de Jubilación de Empleados de 1974, según su enmienda ("ERISA"). La parte del Plan que constituye el plan de salud y bienestar bajo ERISA son: los Beneficios Médicos, Beneficios por Medicamentos Recetados, Beneficios Dentales, Beneficios de Visión, Beneficios de Asistencia al Empleado, Beneficios Básicos de Vida, Beneficios Suplementarios de Vida, Beneficios de Vida para Dependientes, Beneficios Suplementarios de Vida para Dependientes, Beneficios Básicos de TD&D, Beneficios Complementarios de Defensa y Discapacidad, Beneficios Básicos por Incapacidad a Largo Plazo, Beneficios Adicionales por Incapacidad a Largo Plazo, Beneficios por Accidente de Viaje de Negocios, la Cuenta Flexible de Gastos Sanitarios, Beneficios por Incapacidad a Corto Plazo y Beneficios de Reembolso de Primas para Jubilados, junto con aquellas otras disposiciones de este documento que sean necesarias o apropiadas para la implementación y administración de los beneficios listados ("Beneficios ERISA"). La inclusión de la Cuenta de Gastos de Cuidado de Dependientes, o las referencias a una Cuenta de Ahorro para la Salud ("Beneficios No ERISA") en este documento del Plan, así como la inclusión o referencia a, cualquier otro beneficio que no esté sujeto a ERISA no someterá dicho beneficio a ERISA.

El Plan de Cafetería permite a los empleados cubiertos realizar contribuciones de reducción salarial para beneficios médicos, dentales y de visión; realizar contribuciones antes de impuestos a una Cuenta de Ahorro para la Salud si participan en un plan de salud con alta franquicia patrocinado por la empresa; y elegir la cobertura bajo la Cuenta de Gastos Flexibles en Atención Sanitaria y/o la Cuenta de Gastos en Cuidado de Dependientes. El plan de cafetería es solo para empleados cubiertos. En la medida en que exista un conflicto entre el Plan de la Cafetería y este Plan, este Plan deberá controlar.

El Plan de Cuenta de Gastos para Cuidado de Dependientes, tal como se define en la Sección 2.11 y se establece en el Apéndice A, forma parte de este Plan y está destinado a calificar como un programa de asistencia para el cuidado de dependientes según la sección 129 del Código. El Apéndice A, junto con el Artículo VII del Plan de la Cafetería, está destinado a satisfacer el requisito del documento escrito del plan de la sección 129(d)(1) del Código.

El Plan de Cuenta de Gastos Sanitarios, tal como se define en la Sección 2.17 y se establece en el Apéndice B, forma parte de este Plan y está destinado a ser un plan de beneficios de bienestar para empleados según la sección 3(3) de ERISA. El Plan de Cuenta de Gastos Sanitarios está destinado a calificar como plan de salud según la sección 105(e) del Código. El Apéndice B, junto con el Artículo VI del Plan de la Cafetería, está destinado a cumplir con el requisito de documento escrito del plan de la sección 402 de ERISA y la sección 1.105-11(b)(1)(i) del Reglamento del Departamento del Tesoro.

El Plan de Reembolso de Primas para Jubilados, tal como se indica en su descripción resumida del plan, forma parte de este Plan y está destinado a ser un plan de beneficios de bienestar para empleados según la sección 3(3) de ERISA. El Plan de Reembolso de Primas para Jubilados está destinado a calificar como plan de salud según la sección 105(e) del Código. La descripción resumida del plan para el Plan de Reembolso de Primas para Jubilados está destinada a cumplir con el requisito de documento escrito del plan de la sección 402 de ERISA y la sección 1.105-11(b)(1)(i) de la regulación del Departamento del Tesoro.

1.4 Duración

El Plan se establece con la intención de mantenerse por un periodo indefinido; sin embargo, la Compañía, según lo definido en la Sección 2.7, a su entera discreción y de acuerdo con las disposiciones del Artículo XI podrá modificar o terminar el Plan, cualquier Plan componente o cualquier disposición del Plan en cualquier momento.

ARTÍCULO II

DEFINICIONES

Las siguientes palabras y frases, cuando se escriben con mayúscula, tendrán los siguientes significados.

1.5 Beneficios

Las prestaciones significan las coberturas de salud y bienestar proporcionadas bajo el Plan y, según se describe más concretamente en el Artículo IV. Ciertos beneficios se conceden a cualquier empleado que cumpla los requisitos de elegibilidad de la Sección 3.1, mientras que otros beneficios solo se conceden mediante selección por un empleado que cumpla con los requisitos de elegibilidad de la Sección 3.1.

Los beneficios del Plan de Reembolso de Primas para Jubilados están disponibles únicamente para jubilados elegibles que cumplan los requisitos de elegibilidad de la Sección 2.31.

1.6 Interrupción en el servicio

Interrupción del servicio significa un periodo de:

- A. Trece (13) semanas consecutivas (o más) durante las cuales un empleado no tiene horas de servicio, o
- B. A discreción del Administrador del Plan, cuatro (4) o más semanas consecutivas (hasta 13 semanas) durante las cuales un empleado no tiene Horas de Servicio, si el periodo sin Horas de Servicio es mayor que el periodo inmediatamente anterior de empleo.

1.7 Cambio de estatus

Cambio de estatus significa:

- A. un evento de "inscripción especial" bajo HIPAA,
- B. el matrimonio, divorcio, separación legal o anulación del empleado cubierto,
- C. el nacimiento, adopción, colocación para adopción o cambio en la dependencia o custodia del hijo de un empleado cubierto,
- D. la muerte del cónyuge o hijo dependiente del empleado,
- E. un cambio en el estatus laboral del Empleado, Cónyuge o Dependiente Cubierto, incluyendo inicio o terminación del empleo, cambio en el turno de trabajo, cambio en el lugar de trabajo, reducción o aumento de horas de empleo incluyendo el cambio de empleo a tiempo parcial a tiempo completo, huelga o cierre patronal,
- F. inicio o regreso de una baja sin sueldo por parte del Empleado, Cónyuge o Dependiente,

- G. un cambio en el lugar de trabajo o residencia personal que resulte en la elegibilidad o pérdida de la elegibilidad de cobertura para el Empleado, Cónyuge o Dependiente Cubierto bajo cualquier organización de mantenimiento de salud ofrecida a través del Plan,
- H. un cambio en la custodia legal (incluida la emisión de una Orden Calificada de Manutención Médica Infantil) que afecte la elegibilidad del menor para la cobertura bajo este Plan o el plan del otro progenitor,
- Yo. derecho o pérdida de derecho a Medicare o Medicaid por parte del empleado, cónyuge o dependiente,
- J. alcanzamiento por parte del hijo dependiente de la edad límite para un beneficio proporcionado en virtud de esta Plan
- K. pérdida del estatus de "individuo cualificado", según se define en la Sección 2.8 del Plan de Gastos de Cuidado de Dependientes,
- L. un evento de cambio de estatus que afecta a un hijo no dependiente que no ha alcanzado la edad 26,
- M. cualquier otro caso, el Administrador del Plan determine que permite la revocación de una elección sin violar el Código.

1.8 Administrador de reclamaciones

Administrador de Reclamaciones significa la(s) persona(s) o entidad(es) autorizada(s) y responsables de recibir y revisar las reclamaciones de prestaciones bajo el Plan; determinar qué cantidad, si es que hay alguna, se debe y se debe pagar; realizar los desembolsos apropiados a las personas con derecho a prestaciones bajo el Plan; y revisar y resolver reclamaciones y apelaciones denegadas.

1.9 Código

Código significa el Código de Rentas Internas de 1986, según su enmienda, y las regulaciones emitidas bajo dicho o conforme a él.

1.10 COBRA

COBRA significa la Ley Consolidada de Reconciliación Presupuestaria Ómnibus de 1985 (Ley Pública 99-272, Título X), según su enmienda, y las regulaciones emitidas bajo ella o conforme a ella.

1.11 Compañía

Compañía significa Magna International of America, Inc., una corporación, y cualquier sucesora, por fusión o de otro tipo. La Compañía queda designada como "patrocinador del plan" a efectos de la tasa del Instituto de Investigación de Resultados Centrada en el Paciente conforme a la sección 4376 del Código.

1.12 Empleado cubierto

Empleado Cubierto significa un empleado que cumple con los requisitos de elegibilidad, participación y cobertura del Artículo III.

1.13 Persona cubierta

Persona Cubierta significa un Empleado Cubierto, o Dependiente, que ha cumplido con las disposiciones de elegibilidad y registro del Artículo III o, si procede, las disposiciones del Artículo VII.

Una Persona Cubierta puede tener cobertura del Plan respecto a ciertos beneficios, pero no a todos, como se describe a continuación en el Plan.

Una Persona Cubierta respecto al Plan de Reembolso de Primas para Jubilados significa únicamente un Jubilado según la definición de la Sección 2.31.

1.14 Dependiente

Dependiente significa un cónyuge o hijo dependiente de un empleado que es Persona Cubierta según lo determinado en el Documento Incorporado aplicable.

Independientemente de si un dependiente es elegible para un beneficio bajo este Plan, un empleado cubierto solo puede realizar Contribuciones a la Reducción de Salario para beneficios para un dependiente del empleado que sea Persona Cubierta de la siguiente manera:

- A. Esposo
- B. dependiente según lo definido en la sección 152 del Código (sin tener en cuenta (b)(1), (b)(2), y (d)(1)(B)) o,
- C. para las prestaciones sanitarias para el hijo del empleado cubierto según lo definido en la sección 152(f)(1) del Código hasta finales del mes en que el menor cumpla 26 años.

Un dependiente puede ser elegible para cobertura respecto a ciertos beneficios, pero no a todos, como se describe a continuación en el Plan.

Las siguientes personas no son elegibles para beneficios médicos, dentales o de visión, independientemente de si son "dependientes fiscales" de un empleado cubierto:

- Un cónyuge o hijo que viva fuera de Estados Unidos; o
- El padre o madre del empleado cubierto o del cónyuge.

1.15 Plan de Cuenta de Gastos para Cuidados a Dependientes

Plan de Cuenta de Gastos para Cuidado de Dependientes significa el plan establecido en el Apéndice A.

1.16 Fecha de vigencia

Fecha de Vigencia significa la fecha en que este Plan enmendado y reformulado entra en vigor; la fecha de entrada en vigor es el 1 de enero de 2026.

1.17 Empleado

A efectos de este Plan únicamente, el término Empleado significa un empleado de derecho común de la Empleador.

El término *Empleado* incluye, pero no se limita a, a una persona que es:

- A. un empleado arrendado, según lo definido en la sección 414(n) del Código,
- B. un extranjero no residente que no reciba ingresos ganados (en el sentido de la sección 911(d)(2) del Código de un empleador que constituyan ingresos de fuentes dentro de los Estados Unidos, según se define en la sección 861(a)(3) del Código, o
- C. un empleado de negociación colectiva.

El término *Empleado* no significa:

- D. un autónomo, según lo definido en la sección 401(c)(1)(A) del Código,
- E. un miembro del Consejo de Administración que no sea empleado en otro modo,
- F. una persona que el Administrador del Plan determine que ha sido contratada por el Empleador como contratista independiente, y
- G. una persona que el Administrador del Plan determine que ha sido contratada por el Empleador como consultor o asesor en base a un anticipo o a honorarios.

Una persona que el Administrador del Plan determine que no es un "Empleado" según la definición anterior no podrá participar en el Plan, independientemente de si dicha determinación es ratificada por un tribunal o una autoridad fiscal o reguladora con jurisdicción sobre dichos asuntos.

1.18 Empleador

Empleador significa la Compañía y cualquier subsidiaria u organización afiliada y cualquier sucesor de cualquiera de ellas que, con la aprobación del Administrador del Plan y sujeto a las condiciones que imponga, adopte el Plan.

Para cumplir con los requisitos de no discriminación de la sección 125(b), la sección 105(h) y la sección 129(d) del Código, el término "Empleador" incluirá cualquier otra corporación u otra entidad empresarial que deba ser agregada con el Empleador conforme a las secciones 414(b), (c), (m) o (o) del Código, pero solo durante el periodo en que el Empleador o dicha otra corporación u otra entidad empresarial deban agregarse como se indicó anteriormente.

1.19 ERISA

ERISA significa la Ley de Seguridad de Ingresos de Jubilación de Empleados de 1974, con su enmienda, y las normativas emitidas bajo ella o conforme a ella.

1.20 FMLA

FMLA significa la Ley de Licencia Familiar y Médica de 1993, según su enmienda, y las regulaciones emitidas bajo ella o conforme a ella.

1.21 Plan de Cuenta de Gastos Sanitarios

Plan de Cuenta de Gastos Sanitarios significa el plan establecido en el Apéndice B.

1.22 Cuenta de Ahorro para la Salud

Cuenta de Ahorro para la Salud significa una cuenta establecida por un Empleado Cubierto conforme a la sección 223 del Código que participa en un plan de salud con alta franquicia patrocinado por la empresa.

1.23 HIPAA

HIPAA significa la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud de 1996, con su enmienda, y las regulaciones emitidas bajo ella o conforme a ella.

1,24 horas de servicio

Horas de Servicio significa una hora por la que un empleado es remunerado, o tiene derecho a un pago, por el desempeño de funciones para el empleador, o por un periodo durante el cual no se realizan funciones debido a vacaciones, vacaciones, enfermedad, incapacidad (incluida la discapacidad), despidos, servicio de jurado, servicio militar o permiso de ausencia, únicamente en la medida requerida por el Reglamento del Tesoro.

§54.4980H-1(a)(24). Las horas de servicio para empleados asalariados y por horas se basan en las horas reales trabajadas.

1.25 Documento incorporado

Documento Incorporado significa una póliza de seguro, acuerdo de servicios administrativos, plan, fideicomiso, certificado de cobertura, prueba de cobertura, descripción resumida del plan u otro documento incorporado por referencia, junto con cualquier anexo, suplemento, anexo o enmienda a los mismos. Los Documentos Incorporados se enumeran en el Apéndice C.

1.26 Periodo administrativo inicial

Periodo Administrativo Inicial significa el periodo que comienza no más de un mes y una fracción de mes después del final del Periodo Inicial de Medición y termina inmediatamente antes del inicio del Periodo de Estabilidad Inicial. El Periodo Administrativo Inicial también incluye el periodo entre la fecha de contratación de un nuevo empleado y el inicio del Periodo de Medición Inicial, en la medida

en que el Periodo de Medición Inicial no comience en la fecha de contratación del nuevo empleado.

1.27 Periodo inicial de medición

Periodo de Medición Inicial significa el periodo que comienza el primero del mes siguiente a la fecha de inicio del empleado y termina 12 meses después. El Empleador medirá las Horas de Servicio del Empleado durante el Periodo Inicial de Medición según lo prescrito por el Reglamento del Tesoro §54.4890H-3(d)(3).

1.28 Periodo de estabilidad inicial

Periodo de Estabilidad Inicial significa el periodo de tiempo que comienza inmediatamente después del Periodo Administrativo Inicial y termina doce (12) meses después.

1.29 Nuevo empleado a tiempo completo

Nuevo Empleado a tiempo completo significa un nuevo empleado que, en el momento de la hora, está programado regularmente para trabajar al menos 30 Horas de Servicio por semana durante el Periodo Inicial de Medida, salvo un Empleado Temporal.

1.30 Nuevo empleado a tiempo parcial

Nuevo empleado a tiempo parcial significa un nuevo empleado que, en el momento de la contratación, no está programado regularmente para trabajar al menos 30 horas de servicio semanales durante el Periodo Inicial de Medición.

1.31 Empleador participante

Empleador Participante significa un Empleador que era un empleador participante en el Plan a la fecha de Vigencia o que es afiliado a la Empresa y que ha optado por participar en este Plan después de la Fecha de Vigencia con el consentimiento del Administrador del Plan.

1.32 Plan

Plan significa el Plan de Beneficios de Bienestar de Magna International of America, Inc. tal y como se establece y se modifica periódicamente.

1.33 Administrador de Plan

Administrador del Plan significa la(s) persona(s) autorizada(s) y responsable de gestionar y dirigir la operación y administración del Plan.

1.34 Año del Plan

Año del Plan significa el periodo de 12 meses que comienza el 1 de enero y termina el 31 de diciembre.

1.35 Jubilado

Jubilado a efectos del Plan de Reembolso de Primas para Jubilados significa un empleado que se jubiló antes del 1 de agosto de 2009, tenía al menos 60 años y contaba con al menos 10 años de servicio con un Empleador Participante.

1.36 Plan de Reembolso de Primas para Jubilados

Plan de Reembolso de Prima para Jubilados significa el acuerdo de reembolso de salud para jubilados elegibles descrito en la descripción resumida del plan del Plan.

1.37 Acuerdo de deducción salarial

Acuerdo de Deducción Salarial significa la autorización al Empleador por parte del Empleado para reducir el salario de dicho Empleado en una cantidad después de impuestos para ciertos beneficios del Plan.

1.38 Contribuciones por deducción salarial

Contribuciones por deducción salarial significan las aportaciones retiradas del salario del Empleado Cubierto en base a impuestos, conforme a un Acuerdo de Deducción Salarial.

1.39 Acuerdo de Reducción Salarial

Acuerdo de Reducción Salarial significa la autorización al Empleador por parte del Empleado para reducir el salario de dicho Empleado en una cantidad antes de impuestos para ciertos beneficios del Plan.

1.40 Contribuciones a la reducción salarial

Contribuciones a la Reducción de Salario se refieren a las aportaciones tomadas del salario del Empleado Cubierto antes de impuestos, conforme a un Acuerdo de Reducción Salarial.

1.41 Empleado temporal

Empleado temporal significa un empleado que es contratado para un puesto para el cual el empleador determina que el empleo anual habitual es de seis meses o menos y aproximadamente en la misma época cada año.

1.42 Cónyuge

Cónyuge significa, solo para efectos de este Plane, el cónyuge legal del Empleado Cubierto, incluyendo un cónyuge del mismo sexo y un cónyuge de hecho.

1.43 Periodo Administrativo Estándar

Periodo Administrativo Estándar significa el periodo (de no más de 90 días) que comienza inmediatamente después del final del Periodo de Medición Estándar y termina inmediatamente antes del inicio del Periodo de Estabilidad Estándar.

1.44 Periodo estándar de medición

Periodo de Medición Estándar significa el periodo de 12 meses que termina el 13 de octubre antes de que el Año del Plan comience el 1 de enero . El Empleador medirá las Horas de Servicio del Empleado durante el Periodo de Medición Estándar según lo prescrito por el Reglamento del Tesoro §54.4980H-3(d)(1).

1.45 Periodo de estabilidad estándar

Periodo de Estabilidad Estándar significa el Año del Plan inmediatamente posterior al final de un Periodo de Medición Estándar y del Periodo Administrativo Estándar.

1.46 Empleado de horas variables

Empleado de Horas Variables significa un nuevo empleado si, basándose en los hechos y circunstancias en la fecha de inicio del empleado, el empleador no puede determinar razonablemente si el empleado promediará al menos 30 horas de servicio por semana durante el Periodo Inicial de Medición porque sus horas son variables o son inciertas. Los becarios y estudiantes en prácticas se clasifican como empleados de horario variable.

ARTÍCULO III

ELEGIBILIDAD, PARTICIPACIÓN Y COBERTURA

1.47 Elegibilidad

- A. Un empleado será elegible para participar en el Plan a posteriores plazos de la fecha de entrada en vigor o en la fecha especificada en el Documento Incorporado o en el suplemento específico de ubicación que especifica la fecha en que un empleado es elegible para inscribirse. Un jubilado solo es elegible para el Plan de Reembolso de Primas para Jubilados tal y como se describe en la descripción resumen del plan.
- B. Elegibilidad para beneficios médicos/de medicamentos con receta.
 - 1. Un empleado será elegible para participar en el Plan en los beneficios médicos y de medicamentos recetados descritos en la Sección 4.4(A) de la siguiente manera:
 - un. Cualquier empleado que tenga una asignación regular de al menos 30 horas de servicio a la semana se considera empleado a tiempo completo y es elegible para beneficios médicos o de medicamentos con receta.

Cualquier otro empleado solo es elegible si trabaja, de media, 30 o más horas por semana durante un Periodo Inicial de Medición o Periodo de Medición Estándar, según corresponda.
 - b. Para un empleado que no ha trabajado todo el Periodo Estándar de Medición,
 - (1) Si el empleado es clasificado por el empleador como un nuevo empleado a tiempo completo, con efecto a partir del 1 de septiembre de 2022, será elegible para cobertura dentro de los 30 días siguientes a su fecha de contratación.
 - (2) Si el empleado es clasificado por el empleador como empleado de horas variables, nuevo empleado a tiempo parcial o empleado temporal, y si el empleado promedia al menos 30 horas de servicio por semana durante el periodo inicial de medición, el primer día del periodo inicial de estabilidad no será más tarde que el primero del mes siguiente a los 13 meses consecutivos posteriores a la fecha de contratación del empleado. Sin embargo, si el empleado experimenta un cambio en su estatus laboral durante el Periodo Inicial de Medición de tal que, si hubiera comenzado a trabajar en el nuevo puesto o estatus, se esperaría que trabajara al menos 30 horas de servicio semanales (y no habría sido un empleado temporal), será inmediatamente elegible para beneficios médicos si ha cumplido el periodo de espera.

El empleador tiene la intención de utilizar la metodología establecida en el Reglamento del Tesoro §54-4980H-3(d) para determinar si un empleado a tiempo parcial, de horas variables o temporal es un empleado a tiempo completo para fines de elegibilidad para los beneficios médicos/de medicamentos recetados bajo este Plan.

2. No obstante cualquier otra disposición del Plan, los siguientes empleados no son elegibles para participar en los beneficios médicos/de medicamentos recetados ofrecidos por el Plan conforme a la Sección 4.4(A):

- un. Los nuevos empleados a tiempo parcial, de horas variables o temporales que no hayan promediado al menos 30 horas de servicio por semana durante un Periodo de Medición Inicial o Periodo de Medición Estándar, según corresponda, no serán elegibles para los beneficios médicos/de medicamentos recetados durante el Periodo de Estabilidad Inicial o Periodo de Estabilidad Estándar, según corresponda.

- b. Empleados arrendados, según lo definido en la sección 414(n) del Código;

- c. Empleados en una unidad de empleados cubierta por un convenio colectivo entre representantes de empleados y uno o más empleadores si los beneficios de este Plan fueron objeto de negociación de buena fe entre los representantes de empleados y el empleador, salvo que dicho acuerdo prevea cobertura para dichos empleados negociadores en el Plan; y

- d. Extranjeros no residentes que no reciben ingresos del trabajo (en el sentido de la sección 911(d)(2) del Código) de un empleador que constituyan ingresos de fuentes dentro de los Estados Unidos, según lo definido en la sección 861(a)(3) del Código.

3. En la medida en que estas normas de elegibilidad en la Sección 3.1(A) no aborden un problema específico de elegibilidad, el empleador tendrá discreción para tomar decisiones de elegibilidad conforme a la legislación y regulaciones aplicables, incluyendo reglas especiales para cambios en el estatus laboral, permisos especiales no remunerados y transferencias internacionales en el Reglamento del Tesoro §54.4980H.

4. Un empleado que sea elegible para beneficios médicos y de medicamentos recetados y que se inscriba en un plan de salud con alta franquicia patrocinado por la empresa puede realizar contribuciones de reducción salarial a una cuenta de ahorro para la salud.

C. Elegibilidad para beneficios distintos a los de Beneficios Médicos/de Medicamentos con Receta.

1. Un empleado será elegible para participar en el Plan en los beneficios identificados en el Artículo IV, distintos de los Beneficios Médicos/de Medicamentos con Receta, a posteriores de la fecha de entrada en vigor o en la fecha especificada en el Documento Incorporado o en el suplemento específico de la ubicación que especifica la fecha en que un empleado es elegible para inscribirse.

2. Los siguientes empleados no son elegibles para participar en el Plan:

- un. Empleados programados regularmente para trabajar menos de 30 horas por semana;
- b. Empleados arrendados, según lo definido en la sección 414(n) del Código;
- c. Empleados en una unidad de empleados cubierta por un convenio colectivo entre representantes de empleados y uno o más empleadores si los beneficios de este Plan fueron objeto de negociación de buena fe entre los representantes de empleados y el empleador, salvo que dicho acuerdo prevea cobertura para dichos empleados negociadores en el Plan; y
- d. Extranjeros no residentes que no reciben ingresos del trabajo (en el sentido de la sección 911(d)(2) del Código) de un empleador que constituyan ingresos de fuentes dentro de los Estados Unidos, según lo definido en la sección 861(a)(3) del Código.

D. Reglas especiales

1. Un empleado cubierto que sea recontratado como empleado a tiempo completo dentro de los seis meses siguientes a su fecha de finalización no está obligado a cumplir un nuevo periodo de espera.
2. Un empleado a tiempo completo no está sujeto a un periodo de espera si fue contratado por una filial de la empresa fuera de Estados Unidos y es transferido a una ubicación estadounidense de un empleador participante.
3. El servicio activo continuo con un Empleador Participante se cuenta como servicio similar con un Empleador Participante posterior, si el servicio posterior comienza dentro de los 30 días posteriores a su finalización.
4. Los empleados elegibles que residen en Canadá, pero trabajan en Estados Unidos y reciben sueldos estadounidenses, tienen la opción de inscribirse en Estados Unidos y inscribir a su cónyuge y dependientes en el plan canadiense para atención sanitaria prolongada y dental. Esta opción está disponible para los empleados siempre que el empleador participante con el que trabajan tenga al menos tres empleados inscritos en este programa. Si un empleado es elegible y elige esta opción, el Las contribuciones antes de impuestos del empleado se determinarán según el nivel de cobertura que elija (solo para empleados, dos personas o familia). Todo las deducciones se harán en dólares estadounidenses.
5. Si un empleado y su cónyuge trabajan ambos para el mismo empleador participante o para uno diferente, el empleado puede inscribir a su cónyuge como dependiente cubierto bajo la cobertura del empleado y el cónyuge renunciará a su cobertura

6. Si un cónyuge es elegible para cobertura médica a través de su empleador no Magna, debe inscribirse en el plan médico de su empleador para ser elegible para la cobertura médica bajo este Plan. Esta norma no se aplica si la cobertura médica de un cónyuge es inasequible. La asequibilidad para este fin se basa en la cantidad que el cónyuge debe aportar al coste de la cobertura bajo el plan de cobertura única más bajo de su empleador. Si la contribución anual del cónyuge supera el 50% del coste total de la opción médica de menor coste bajo este Plan, el cónyuge puede renunciar a la cobertura bajo el plan de su empleador y inscribirse en la cobertura médica bajo este Plan. Sin embargo, si la contribución anual del cónyuge es igual o inferior al 50% del coste total de la opción médica de menor coste bajo este Plan, el cónyuge debe inscribirse en el plan de su empleador para poder inscribirse en la cobertura médica bajo este Plan. Esta norma afecta únicamente al cónyuge: los hijos elegibles pueden inscribirse tanto en este Plan como en la cobertura médica del empleador del cónyuge.

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

- un. A plan de duración limitada a corto plazo;
- b. Un plan destinado a complementar una cobertura médica mayor a todo riesgo, como un seguro de accidentes o un plan de indemnización hospitalaria;
- c. Un plan que proporciona un pago para una enfermedad específica, como cáncer o un infarto; o un plan de beneficios exceptuados, como un plan dental o de visión independiente o una cuenta de gastos flexibles en salud.

d. 1.48 Participación

Los empleados se convierten en participantes del Plan respecto a los Beneficios no electivos establecidos en la Sección 4.5 en la fecha en que cumplen los requisitos de elegibilidad de la Sección 3.1. Los empleados se convierten en participantes del Plan respecto a los Beneficios Electivos establecidos en la Sección 4.4 en la fecha en que también cumplen los requisitos de inscripción y elección de la Sección 5.4 o 5.5. Los jubilados se convierten en participantes del Plan de Reembolso de Primas para Jubilados según se describe en la descripción resumida del plan.

1.49 Cobertura

- A. Comienza la cobertura de fechas

Las disposiciones y requisitos que describen cuándo y cómo los empleados y dependientes se convierten en Personas Cubiertas, las condiciones y limitaciones de la cobertura, y las circunstancias en las que termina la cobertura, deberán establecerse según corresponda en los Documentos Incorporados por referencia conforme a la Sección 4.1. Además, la cobertura está regida por las normas establecidas a continuación y en la Sección 5.8.

B. Cobertura durante la baja por ausencia

1. Baja retribuida

Durante una baja remunerada aprobada, un Empleado Cubierto continúa participando en todos los beneficios.

2. Baja sin sueldo

Para los beneficios del Plan que no requieren contribuciones de empleados, el Empleado Cubierto permanece cubierto por dichos beneficios durante una excedencia no remunerada aprobada.

Salvo lo que se disponga a continuación, para los beneficios del Plan que requieran una contribución de un empleado, la cobertura para un empleado cubierto en una licencia aprobada sin sueldo o despido continuará y sus contribuciones serán suspendidas hasta 30 días. Al regresar de la baja, el empleado será restituido al importe anual completo de la elección, ajustando la Contribución a la Reducción Salarial correspondiente para el resto del año del Plan.

Si un empleado está en excedencia aprobada (excepto una baja tomada conforme a la FMLA) o es despedido y no regresa al trabajo en un plazo de 30 días, la cobertura finalizará el día 31 después de que comenzara la baja o el despido, salvo conforme al Artículo VII.

En la medida en que el Empleado Cubierto pueda continuar con la cobertura durante una baja sin sueldo, y salvo lo que se requiera a continuación, el Empleado Cubierto está obligado a pagar la cobertura en base a impuestos.

Si la ausencia no remunerada se toma conforme a la FMLA, los empleados cubiertos pueden optar por continuar participando en los beneficios de pago de primas descritos en las Secciones 4.4(A), (B), (C) y (D) pagando por adelantado antes de impuestos las primas por cobertura durante la baja, (ii) pagando los beneficios del pago de primas durante la baja FMLA en base a impuestos, o en la medida de lo posible antes de impuestos, o (iii) pagando antes de impuestos al regresar de la baja los beneficios del pago de la prima por cobertura durante la vacación, y ajustando la Contribución a la Reducción Salarial en consecuencia para el resto del año del Plane.

Con respecto a los beneficios de pago de primas descritos en la Sección 4.4(D), si el Empleado Cubierto decide revocar dicha cobertura durante la baja no remunerada, no se reembolsará ningún gasto incurrido durante la vacación. Al regresar de la baja, el empleado puede o bien: i) optar por ser restituido en el importe de la elección anterior, reducido por el importe en dólares de la elección anual no aportada durante el permiso no remunerado, o ii) optar por ser restituido al importe total anual de la elección, ajustando la contribución a la reducción salarial correspondiente al resto del año del plan.

Con respecto a los beneficios de pago de primas descritos en las Secciones 4.4(E), (F), (G), (H) y (I), un empleado puede optar por continuar participando pagando beneficios de pago de primas durante la baja FMLA en base a impuestos.

No obstante lo anterior, si un empleado regresa al trabajo tras una excedencia sin sueldo sin interrupción del servicio, será elegible para beneficios médicos/medicamentos recetados al regresar si regresa durante un Periodo Inicial de Estabilidad o Periodo Estándar en el que sea elegible para beneficios médicos/medicamentos con receta según la Sección 3.1(B). Si el empleado regresa al trabajo tras una interrupción del servicio, será tratado como un empleado que no ha trabajado todo el Periodo Estándar de Medición según la Sección 3.1(B) en la medida permitida por la ley.

3. Regla especial para la baja por discapacidad

un. Baja por discapacidad a partir del 1 de enero de 2025.

Si el Empleado Cubierto comienza una baja por discapacidad aprobada a partir del 1 de enero de 2025 debido a enfermedad, lesión o embarazo, debe continuar realizando sus contribuciones para la cobertura médica, dental y de visión durante los primeros doce meses de la baja por discapacidad (seis meses de Incapacidad Temporal y los primeros seis meses de Incapacidad Prolongada). La cobertura médica, dental y de visión subvencionada por el empleador continuará hasta el primer cumplimiento de (i) 12 meses desde la fecha en que comenzó la baja por discapacidad; (ii) la fecha en que el Empleado Cubierto ya no está discapacitado según los términos del Plan de Incapacidad a Corto Plazo o Plan Básico de Incapacidad a Largo Plazo; o (iii) la fecha en que el Empleado Cubierto cumple los requisitos para Medicare debido a su edad, discapacidad o por cualquier otra razón. Los primeros seis meses de cobertura subvencionada por el empleador se desarrollarán simultáneamente con la baja por incapacidad de corta duración. Al inicio de la baja, el Administrador del Plan notificará al Empleado Cubierto si sus contribuciones se realizarán mediante nómina o mediante un acuerdo de pago separado. Al final del periodo de 6 meses de cobertura subvencionada por el empleador que corre de forma concurrente con la Incapacidad de Corto Plazo, al Empleado Cubierto se le ofrecerá la oportunidad de inscribirse en la cobertura de continuación de COBRA. Los últimos seis meses de cobertura subvencionada por el empleador continuarán después de que el empleado cubierto cumpla los requisitos para los beneficios de incapacidad a largo plazo y elija COBRA, y este periodo se desarrollará simultáneamente con la cobertura de continuación de COBRA. Al final del periodo de 12 meses de cobertura subvencionada por el empleador, el Empleado Cubierto seguirá siendo elegible para continuar con la cobertura de continuación de COBRA durante los meses restantes del periodo máximo de cobertura, al 102% del coste de la cobertura.

Si en algún momento durante el periodo de 12 meses de la cobertura subvencionada, el Empleado Cubierto ya no está discapacitado, es decir, ya no está aprobado para

incapacidad temporal o prolongada y no regresa al trabajo al final de la baja, se le ofrecerá la oportunidad de elegir o continuar la cobertura de continuación de COBRA a su coste durante los meses restantes del periodo máximo de cobertura.

El periodo máximo de cobertura a efectos de la cobertura de continuación de COBRA comienza en la fecha en que el Empleado Cubierto cumple los requisitos para los beneficios por Incapacidad a Largo Plazo, o al finalizar la Baja por Incapacidad a Corto Plazo si el Empleado Cubierto no cumple los requisitos para los beneficios por Incapacidad a Largo Plazo. Si el Empleado Cubierto falleciera o fuera elegible para Medicare antes de que finalice el periodo de 12 meses de cobertura subvencionada por el Empleador, la cobertura para los dependientes del Empleado Cubierto terminará y puede que se le ofrezca la cobertura de continuación COBRA.

El Empleado Cubierto puede inscribirse en una opción de cobertura médica diferente durante el periodo de inscripción abierta; sin embargo, si el Empleado Cubierto se inscribe en una cobertura que ofrezca beneficios más amplios, deberá pagar cualquier aumento relacionado en el coste durante el periodo de 12 meses de cobertura subvencionada por el Empleador.

El Empleado Cubierto también debe seguir aportando a cualquier beneficio voluntario que desee mantener durante la baja, como un seguro de vida voluntario o una incapacidad por recompra de vivienda. Estos beneficios permanecerán vigentes hasta la terminación del empleo del Empleado Cubierto, siempre que el Empleado Cubierto realice las contribuciones puntualmente. Durante los primeros seis meses de la licencia, el Administrador del Plan notificará al Empleado Cubierto si las contribuciones se realizarán mediante nómina o mediante un acuerdo de pago separado. Tras el periodo inicial de seis meses, el empleado cubierto debe contactar con el Administrador del Plan para organizar los pagos necesarios.

Los empleados cubiertos por un convenio colectivo pueden estar sujetos a normas diferentes respecto a la continuación de la cobertura durante una baja por discapacidad, tal como se describe en el convenio colectivo aplicable.

b. Baja por discapacidad que comienza antes del 1 de enero de 2025.

Si el empleado cubierto comienza una baja por discapacidad aprobada debido a enfermedad, lesión o embarazo, la cobertura médica, dental y de visión puede continuar durante un máximo de 29 meses. El Empleado Cubierto debe seguir realizando contribuciones para coberturas médicas, dentales y de visión durante los primeros seis meses de la baja por discapacidad. Si el Empleado Cubierto cumple los requisitos para los beneficios de Incapacidad a Largo Plazo, las contribuciones para cobertura médica, dental y de visión para el Empleado Cubierto y sus Dependientes elegibles se eximen para las opciones de cobertura en las que el Empleado Cubierto esté inscrito a partir de la fecha de incapacidad para el resto del periodo de 29 meses. La cobertura médica, dental y de visión continuará hasta el primer día de 29 meses desde la fecha en que comenzó la baja por discapacidad; la fecha en que el

Empleado Cubierto ya no está discapacitado bajo los términos del Plan de Incapacidad a Corto Plazo o Plan Básico de Incapacidad a Largo Plazo; la fecha en que el Empleado Cubierto cumple los requisitos para Medicare debido a su edad, discapacidad o por cualquier otra razón; o el final del periodo máximo de cobertura disponible para el Empleado Cubierto bajo la cobertura de continuación de COBRA. El periodo de 29 meses de cobertura extendida se desarrolla simultáneamente con la cobertura de continuación de COBRA descrita en el Artículo VII. Si el Empleado Cubierto ya no está discapacitado y no regresa al trabajo al final de la baja, se le ofrecerá la oportunidad de elegir la cobertura de continuación de COBRA durante cualquier mes restante del periodo máximo de cobertura. El periodo máximo de cobertura comienza:

Yo. El primer día después de que termine una baja FMLA, si la baja por discapacidad califica como una baja FMLA, o

ii. El primer día de una baja por discapacidad, si la baja por discapacidad no califica como una baja FMLA.

Si el Empleado Cubierto falleciera o se hiciera elegible para Medicare antes de que termine el periodo de 29 meses, la cobertura para sus Dependientes terminará y se les podrá ofrecer la cobertura de continuación de COBRA, tal y como se describe en el Artículo VII.

El Empleado Cubierto puede inscribirse en una opción de cobertura médica diferente durante el periodo de inscripción abierta; sin embargo, si el Empleado Cubierto se inscribe para una cobertura que ofrece beneficios más amplios, deberá pagar cualquier aumento relacionado en el coste durante el periodo de 29 meses.

Los empleados cubiertos cubiertos por un convenio colectivo pueden estar sujetos a normas diferentes respecto a la continuación de la cobertura durante una baja por discapacidad, tal como se describe en el convenio colectivo aplicable.

C. Fecha en que termina la cobertura

Salvo lo que se disponga en el Artículo VII, la cobertura para un beneficio específico ofrecido bajo el Plan cesa en el más pronto de los siguientes casos:

1. la fecha de finalización del empleo,
2. excepto cuando la participación continúe durante una excedencia no remunerada, el último día del último periodo de pago por el cual un Empleado Cubierto realiza una Contribución a la Reducción Salarial o una Contribución a la Deducción de Salario respecto a un Beneficio Electivo,

3. la fecha de entrada en vigor de una enmienda al Plan que termina la cobertura para la categoría de puesto del Empleado Cubierto,
4. la fecha en que se cancela la cobertura conforme a la Sección 5.8; o
5. la fecha en que termina el Plan.

Un Dependiente del Empleado Cubierto dejará de ser Persona Cubierta si deja de serlo, salvo que se disponga en contrario en el Artículo VII. Un Dependiente del Empleado Cubierto también dejará de ser Persona Cubierta de la siguiente manera:

1. en la fecha en que el Dependiente ya no sea elegible debido a un divorcio o, si un Documento Incorporado exige que un niño sea estudiante a tiempo completo, el Dependiente deja de ser estudiante a tiempo completo;
2. en la fecha en que el dependiente ya no sea dependiente elegible debido a haber alcanzado la edad límite especificada en un Documento Incorporado;
3. en la fecha en que se cancele la cobertura para el dependiente conforme a la Sección 5.8; o
4. para un hijo dependiente que está cubierto por el Plan bajo los términos de una Orden de Pensión Alimenticia Médica Calificada, en la fecha en que la cobertura finalice según los términos de la Orden de Pensión Alimenticia Médica Calificada.

D. Efecto de la Cobertura Terminada

La terminación de la cobertura cancela automáticamente el Acuerdo de Reducción Salarial y el Acuerdo de Deducción Salarial de un Empleado Cubierto a partir de la fecha del último cheque de nómina del Empleado Cubierto. La cobertura y los beneficios pueden continuar vigentes en la medida prevista en el Documento Incorporado correspondiente.

E. Restablecimiento de la cobertura

1. Si se ha suspendido previamente

Un Empleado Cubierto que regrese al servicio del Empleador durante el mismo año del Plan en que tomó una excedencia sin sueldo habrá restablecido automáticamente los Beneficios vigentes cuando se suspendió la cobertura del Plan, siempre que dichos beneficios continúen siendo proporcionados por la Compañía. Si se ha tomado una excedencia no remunerada conforme a la FMLA, dicho Empleado Cubierto podrá restablecer su elección y el Acuerdo de Reducción Salarial para el resto del Año del Plan si la participación no ha continuado conforme a la Sección 3.3(B). En todos los demás casos, el Empleado Cubierto solo podrá hacer nuevas elecciones de beneficios durante el resto del Año del Plan, según se describe en la Sección 5.8.

No obstante lo anterior, si un empleado regresa al trabajo sin una interrupción del servicio, será elegible para beneficios médicos/medicamentos recetados al regresar si regresa durante un Período Inicial de Estabilidad o Periodo Estándar en el que sea elegible para beneficios médicos/medicamentos con receta según la Sección 3.1(B). Si el empleado regresa al trabajo tras una interrupción del servicio, será tratado como un empleado que no ha trabajado todo el Periodo Estándar de Medición según la Sección 3.1(B) en la medida permitida por la ley.

2. Si fue terminado previamente

Un Empleado Cubierto que regrese al servicio del Empleador será elegible para participar en el Plan y hacer nuevas elecciones de beneficios, siempre que cumpla con los requisitos de elegibilidad de la Sección 3.1. No obstante lo anterior, si un antiguo empleado cubierto regresa al servicio durante el mismo año del Plan y dentro de los 30 días siguientes a la fecha en que finalizó la participación previa, sus elecciones para los beneficios descritos en las Secciones 4.4(A), (B), (C), (D) y (E) serán restablecidas para el resto del año del Plan, salvo lo que se describe en la Sección 5.8. La norma anterior no se aplicará y el empleado recontratado podrá hacer nuevas elecciones para los beneficios descritos en las secciones 4.4(A), (B), (C), (D) y (E) para el resto del año del Plan, siempre que se determine a satisfacción del administrador del plan que la terminación previa del empleo y la reincorporación fueron de buena fe y no un intento de evitar la regla irrevocable descrita en la sección 5.8(A).

No obstante lo anterior, si un empleado regresa al trabajo sin una interrupción del servicio, será elegible para beneficios médicos/medicamentos recetados al regresar si regresa durante un Período Inicial de Estabilidad o Periodo Estándar en el que sea elegible para beneficios médicos/medicamentos con receta según la Sección 3.1(B). Si el empleado regresa al trabajo tras una interrupción del servicio, será tratado como un empleado que no ha trabajado todo el Periodo Estándar de Medición según la Sección 3.1(B) en la medida permitida por la ley.

1.50 Cobertura bajo la Ley de Permisos Familiares y Médicos y la Sección 609 de ERISA

A. Ley de Baja Familiar y Médica de 1993

Si no se dispone de otra manera, el Plan proporcionará cobertura únicamente a un Empleado Cubierto en la medida necesaria para cumplir con la FMLA, y el Plan será interpretado y administrado según sea necesario para cumplir con la FMLA y las resoluciones y regulaciones emitidas en virtud de la misma.

B. Artículo 609 de ERISA

Si no se dispone de otra manera, el Plan proporcionará cobertura únicamente a un niño en la medida requerida por una orden de manutención médica cualificada definida en la

sección 609(a) de ERISA o a un niño adoptivo o a un niño colocado en adopción únicamente en la medida requerida por la sección 609(c) de ERISA. Además, el Plan deberá interpretarse y administrarse según sea necesario para cumplir con la sección 609 de ERISA y las resoluciones y regulaciones emitidas en su medida.

C. Cobertura condicionada a la contribución

Cualquier cobertura proporcionada como resultado de esta Sección 3.4 estará condicionada al pago de las contribuciones aplicables por parte del Empleado.

1.51 Ley de Derechos de Empleo y Reemplazo de los Servicios Uniformados

Únicamente en la medida exigida por la Ley de Derechos de Empleo y Reemplazo de los Servicios Uniformados (en adelante, la "Ley de Servicios Uniformados"), una Persona Cubierta que sea un Empleado que ingrese en el servicio militar tendrá derecho a continuar con la cobertura bajo el Plan durante el periodo prescrito por la Ley de Servicios Uniformados. La continuación de la cobertura estará condicionada al pago de las primas requeridas, Si es que hay alguna.

Esta Sección 3.5 se interpretará y aplicará para otorgar a un empleado solo aquellos derechos que prescriben la Ley de Servicios Uniformados y las resoluciones y regulaciones emitidas en virtud de ella.

1.52 Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud de 1996

A. HIPAA Título I

Solo en la medida exigida por la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud de 1996 ("HIPAA"), un empleado será Persona Cubierta bajo el Plan no más tardar en el plazo requerido por HIPAA, y el Plan estará sujeto a las disposiciones especiales de inscripción y no discriminación en el estado de salud de HIPAA. Esta Sección 3.6 se interpretará y aplicará para otorgar a una Persona Cubierta únicamente aquellos derechos prescritos por HIPAA y las resoluciones y regulaciones emitidas en su medida.

B. HIPAA Título II

El Plan deberá cumplir con las normativas de privacidad y seguridad de HIPAA, de acuerdo con las disposiciones establecidas en el Artículo XIII.

1.53 Coordinación con el Programa Estatal de Medicaid

El hecho de que una Persona Cubierta sea elegible para la cobertura por, o esté cubierta por, un programa estatal de Medicaid no afectará la elegibilidad de la Persona Cubierta para participar en el Plan ni para recibir beneficios. El pago de beneficios bajo el Plan respecto a cualquier Persona Cubierta se realizará de acuerdo con cualquier cesión de derechos realizada por o en nombre de la Persona Cubierta o de un beneficiario de la Persona Cubierta, según lo requiera cualquier programa estatal de Medicaid, según lo dispuesto en la Sección 609(b) de ERISA. En la medida en que se haya

realizado un pago a o con respecto a una Persona Cubierta conforme a un programa estatal de Medicaid y la cantidad pagada sea un gasto médico que el Plan tenga una responsabilidad legal que pagar, el Plan pagará dicho gasto conforme a cualquier ley estatal que establezca que el Estado ha adquirido el derecho, respecto a la Persona Cubierta, a recibir el pago por dicho gasto.

1.54 Ley de Paridad en Salud Mental y Ley de Paridad en Salud Mental y Equidad en Adicciones

Únicamente en la medida exigida por la Ley de Paridad en Salud Mental y la Ley de Paridad en Salud Mental y Equidad en Adicciones de 2008, y según su enmienda adicional por la Ley de Asignaciones Consolidadas de 2021, el Plan proporcionará beneficios de salud mental en la misma medida que otros beneficios médicos.

La presente sección 3.8 se interpretará y aplicará para otorgar a las Personas Cubiertas únicamente aquellos derechos prescritos en la Ley de Paridad en Salud Mental y la Ley de Paridad en Salud Mental y Equidad en Adicciones, según la modificación de la Ley Consolidada de Asignaciones de 2021, así como las resoluciones y regulaciones emitidas en virtud de la misma.

1.55 Ley de Salud de la Mujer y Derechos del Cáncer

Únicamente en la medida requerida por la ley de la Ley de Derechos de la Salud de la Mujer y el Cáncer ("WHCRA"), el Plan proporcionará ciertos beneficios relacionados con los beneficios recibidos en relación con una mastectomía.

En el caso de una Persona Cubierta que reciba beneficios bajo el Plan en relación con una mastectomía y que elija la reconstrucción mamaria, la cobertura se proporcionará de la manera determinada en consulta con el médico responsable y la paciente para la reconstrucción de la mama en la que se realizó la mastectomía; cirugía y reconstrucción del otro pecho para obtener una apariencia simétrica; y prótesis y tratamiento de complicaciones físicas en todas las etapas de la mastectomía, incluidos los linfedemas.

Estos beneficios reconstructivos están sujetos a deducibles anuales del plan y disposiciones de coaseguro, como otros beneficios médicos y quirúrgicos cubiertos por el Plan.

Esta Sección 3.9 se interpretará y aplicará para otorgar a las Personas Cubiertas únicamente aquellos derechos prescritos en la WHCRA, así como las resoluciones y regulaciones emitidas en virtud de la misma.

1.56 Ley de Protección de la Salud de Recién Nacidos y Madres

Solo en la medida exigida por la Ley de Protección de la Salud de Recién Nacidos y Madres ("NMHPA"), el Plan establecerá que la cobertura para el parto no podrá limitarse a una estancia hospitalaria inferior a 48 horas para parto normal, ni menos de 96 horas para cesárea, ni requerirá que el proveedor obtenga la aprobación para estancias hospitalarias más cortas. El requisito no se aplicará si el proveedor responsable, en consulta con la madre, decide dar el alta a la madre o al recién nacido antes del tiempo prescrito por el NMHPA.

Esta Sección 3.10 se interpretará y aplicará para otorgar a las Personas Cubiertas únicamente aquellos derechos según lo prescrito en la NMHPA, así como las resoluciones y regulaciones emitidas en virtud de la misma.

1.57 Ley de No Discriminación en Información Genética de 2008

El Plan deberá cumplir con la Ley de No Discriminación por Información Genética de 2008 ("GINA").

La presente sección 3.11 se interpretará y aplicará para otorgar a las Personas Cubiertas únicamente aquellos derechos prescritos en GINA, así como las resoluciones y regulaciones emitidas en virtud de la misma.

1.58 Ley de Reautorización del Programa de Seguro de Salud Infantil de 2009

El Plan deberá cumplir con la Ley de Reautorización del Programa de Seguro de Salud Infantil de 2009 ("CHIP").

Esta Sección 3.12 se interpretará y aplicará para otorgar a las Personas Cubiertas únicamente aquellos derechos prescritos en el CHIP, así como las resoluciones y regulaciones emitidas en virtud de la misma.

1.59 Ley de Cuidado de Salud Asequible

El Plan deberá cumplir con las disposiciones aplicables de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible, tal como enmendada por la Ley de Reconciliación de Atención Sanitaria y Educación y la legislación posterior (colectivamente, la "Ley de Cuidado de Salud Asequible" o la "ACA").

La presente sección 3.13 se interpretará y aplicará para otorgar a las Personas Cubiertas únicamente aquellos derechos prescritos en la ACA y en las resoluciones y regulaciones emitidas en su medida.

La Compañía queda designada como "patrocinador del plan" a efectos de la tasa del Instituto de Investigación de Resultados Centrada en el Paciente conforme a la Sección 4376 del Código y, mediante su firma, la Compañía consiente esta designación. Además, todos los planes de salud autoasegurados con el mismo año de plan patrocinados por la Compañía y no exentos se consideran un único plan de salud autoasegurado aplicable para efectos del cálculo de la tarifa impuesta por la Sección 4376 del Código.

3.14 La Ley de Michelle

Únicamente en la medida exigida por la Ley Michelle, el Plan no terminará la cobertura de un hijo dependiente debido a una baja médicamente necesaria que haga que el menor pierda el estatus de estudiante antes de la fecha anterior a la fecha que es un año después del primer día de la baja médicamente necesaria; o la fecha en la que dicha cobertura terminaría según los términos del Plan.

La presente sección 3.14 se interpretará y aplicará para otorgar a las Personas Cubiertas solo aquellos derechos prescritos por la Ley Michelle, así como las resoluciones y regulaciones emitidas en virtud de ella.

3.15 Ley de Asignaciones Consolidadas

El Plan deberá cumplir con las disposiciones aplicables de la Ley de Asignaciones Consolidadas de 2021 (la "CAA"), incluyendo la Ley de No Sorpresas y las disposiciones de transparencia aplicables a la atención sanitaria.

Esta Sección 3.15 se interpretará y aplicará para otorgar a las Personas Cubiertas únicamente aquellos derechos prescritos por la CAA, así como las resoluciones y regulaciones emitidas en virtud de la misma.

3.16 Empleadores participantes

Con el consentimiento del Administrador del Plan, los empleadores afiliados a la Empresa pueden convertirse en Empleadores Participantes. En ese caso, sus empleados elegibles serán empleados cubiertos en el Plan cuando cumplan los requisitos de cobertura del Planeta. Los términos y condiciones del Plan aplicables a los empleados de nuevos empleadores participantes se establecerán en el Documento Incorporado correspondiente. El Administrador del Plan deberá mantener una lista actualizada de los Empleadores Participantes en el Plan.

Cualquier empleador participante puede retirarse del Plan notificando por escrito la retirada al Administrador del Plan con al menos 30 días de antelación.

ARTÍCULO IV

BENEFICIOS

1.60 Beneficios

Los beneficios proporcionados en el Plan se describen como se establece a continuación y según se detalla en cualquier Documento Incorporado aplicable. Cualquier Documento Incorporado aplicable se incorpora por la presente por referencia como si estuviera expuesto íntegramente en el presente. De acuerdo con la Sección 8.1(B), cualquier Acuerdo de Reducción Salarial y/o Acuerdo de Deducción Salarial emitido en conjunto con el Plan se incorpora por referencia.

1.61 Opciones

Los empleados cubiertos deben elegir uno de los siguientes:

- A. recibir la indemnización completa no reducida descrita en la Sección 4.3 y recibir cobertura automática bajo los Beneficios descritos en la Sección 4.5; o
- B. renunciar a total o parcialmente al beneficio de compensación no reducido descrito en la Sección 4.3 y realizar contribuciones antes o después de impuestos a cambio de uno o una combinación de Beneficios descritos en la Sección 4.4 y recibir cobertura automática bajo los Beneficios descritos en la Sección 4.5.

Las contribuciones de los empleados a beneficios descritos en las Secciones 4.4(A), (B), (C), (D) y (E) deben realizarse completamente antes de impuestos mediante un Acuerdo de Reducción Salarial. Las contribuciones de los empleados a Beneficios descritos en las Secciones 4.4(F), (G), (H) y (I) solo podrán realizarse en base a impuestos mediante un Acuerdo de Retención Salarial. No existen Contribuciones de Empleados a Beneficios descritas en las Secciones 4.5(A), (B), (C), (D), (E) y (F).

1.62 Beneficio de Compensación No Reducida

En lugar de todos o algunos de los beneficios descritos en la Sección 4.4 que un Empleado Cubierto podría elegir, puede optar por recibir una compensación no reducida en una cantidad igual al valor de los Beneficios disponibles para elección que no se eligen. La prestación de compensación no reducida está sujeta a las prácticas regulares de nómina del empleador; retención aplicable del impuesto sobre la renta local, estatal y federal; y otras deducciones aplicables. La indemnización no reducida no es compensación adicional; es la cantidad por la cual la compensación de un empleado cubierto no se reduce en cada periodo de pago por no elegir un beneficio de pago de prima. La prestación de compensación no reducida cesará siempre que el Empleado Cubierto inicie una excedencia no remunerada, termine su empleo o el Empleador del Empleado Cubierto determine, a su exclusiva discreción, que la compensación no se debe a dicho Empleado.

1.63 Beneficios Electivos

Al elegir uno o más beneficios de pago de primas, un empleado convierte una parte de su compensación del año del plan en contribuciones para los beneficios seleccionados. Los empleados cubiertos pueden elegir uno o más de estos beneficios de pago de primas:

Un. Beneficio de pago de primas médicas/de medicamentos recetados

Los empleados que sean Personas Cubiertas tendrán derecho a los beneficios médicos/medicamentos con receta descritos en el Documento Incorporado aplicable. Dichos beneficios estarán sujetos a los términos, condiciones y limitaciones establecidos en dicho Documento Incorporado aplicable. Una descripción de dichos beneficios, incluyendo la cantidad a pagar, deducibles exigidos, copagos, máximos, condiciones previas al pago, limitaciones y exclusiones, deberá establecerse en el Documento Incorporado aplicable.

Si un empleado es elegible para beneficios médicos, puede elegir cualquiera de las opciones del plan médico como beneficio para el pago de la prima médica. Si un empleado se inscribe para recibir beneficios médicos, será automáticamente inscrito en el nivel correspondiente de cobertura de medicamentos con receta.

B. Beneficio del pago de la prima dental

Los empleados que sean Personas Cubiertas tendrán derecho a los beneficios dentales descritos en el Documento Incorporado aplicable. Dichos beneficios estarán sujetos a los términos, condiciones y limitaciones establecidos en dicho Documento Incorporado aplicable. Una descripción de dichos beneficios, incluyendo la cantidad a pagar, deducibles exigidos, copagos, máximos, condiciones previas al pago, limitaciones y exclusiones, deberá establecerse en el Documento Incorporado aplicable.

C. Beneficio del pago de la prima de visión

Los empleados que sean Personas Cubiertas tendrán derecho a los beneficios visuales descritos en el Documento Incorporado correspondiente. Dichos beneficios estarán sujetos a los términos, condiciones y limitaciones establecidos en dicho Documento Incorporado aplicable. Una descripción de dichos beneficios, incluyendo la cantidad a pagar, deducibles exigidos, copagos, máximos, condiciones previas al pago, limitaciones y exclusiones, deberá establecerse en el Documento Incorporado aplicable.

D. Beneficio del pago de la prima de la cuenta de gastos sanitarios

Los empleados que sean Personas Cubiertas tendrán derecho a los beneficios de la cuenta de gastos sanitarios descritos en el Documento Incorporado aplicable. Dichos beneficios estarán sujetos a los términos, condiciones y limitaciones establecidos en dicho Documento Incorporado. Una descripción de dichos beneficios, incluyendo la cantidad a pagar, máximos, condiciones previas al pago, limitaciones y exclusiones, deberá establecerse en el Documento Incorporado aplicable.

Si un empleado es elegible para los beneficios de la cuenta de gastos sanitarios, podrá elegir cualquier importe anual total de una contribución no superior a 2.500 dólares, o si es superior, la cantidad máxima permitida según la Sección 125(i) del Código, como beneficio por el pago de la prima de la cuenta de gastos sanitarios.

E. Beneficio del pago de la prima de la cuenta de gastos para el cuidado de dependientes

Los empleados que sean Personas Cubiertas tendrán derecho a los beneficios de la cuenta de gastos de cuidado de dependientes descritos en el Documento Incorporado aplicable. Dichos beneficios estarán sujetos a los términos, condiciones y limitaciones establecidos en dicho Documento Incorporado. Una descripción de dichos beneficios, incluyendo la cantidad a pagar, máximos, condiciones previas al pago, limitaciones y exclusiones, deberá establecerse en el Documento Incorporado aplicable.

Si un empleado es elegible para los beneficios de la cuenta de gastos en cuidado de dependientes, puede elegir cualquier cantidad anual total de contribución que no supere 7.500 dólares como beneficio de pago de la prima de la cuenta de gastos de cuidado de dependientes, o una cantidad menor establecida en el Documento Incorporado.

F. Pago de la prima por incapacidad a largo plazo de Buy-Up

Los empleados que sean Personas Cubiertas tendrán derecho a los beneficios de incapacidad a largo plazo para la compra descritos en el Documento Incorporado aplicable. Dichos beneficios estarán sujetos a los términos, condiciones y limitaciones establecidos en dicho Documento Incorporado. Una descripción de dichos beneficios, incluyendo la cantidad a pagar, máximos, condiciones previas al pago, limitaciones y exclusiones, deberá establecerse en el Documento Incorporado aplicable.

Si un empleado es elegible para prestaciones por discapacidad a largo plazo, puede elegir cualquiera de las opciones de cobertura por discapacidad a largo plazo como pago de la prima por incapacidad a largo plazo.

G. Beneficio de pago suplementario de la prima de vida

Los empleados que sean Personas Cubiertas tendrán derecho a los beneficios suplementarios de seguro de vida descritos en el Documento Incorporado aplicable. Dichos beneficios estarán sujetos a los términos, condiciones y limitaciones establecidos en dicho Documento Incorporado. Una descripción de dichos beneficios, incluyendo la cantidad a pagar, máximos, condiciones previas al pago, limitaciones y exclusiones, el procedimiento para nombrar beneficiarios y consecuencias por no nombrar a un beneficiario, deberá ser la que establezca el Documento Incorporado correspondiente.

Si un empleado es elegible para beneficios de vida suplementaria, puede elegir cualquiera de las opciones de cobertura de vida suplementaria como beneficio para el pago de la prima de vida suplementaria.

H. Beneficios del pago suplementario de la prima de vida para dependientes

Los empleados que sean Personas Cubiertas tendrán derecho a los beneficios de seguro de vida dependientes descritos en el Documento Incorporado aplicable. Dichos beneficios estarán sujetos a los términos, condiciones y limitaciones establecidos en dicho Documento Incorporado. Una descripción de dichos beneficios, incluyendo la cantidad a pagar, máximos, condiciones previas al pago, limitaciones y exclusiones, el procedimiento para nombrar beneficiarios y consecuencias por no nombrar a un beneficiario, deberá ser la que establezca el Documento Incorporado correspondiente.

Si un empleado es elegible para beneficios suplementarios de vida dependiente, puede elegir cualquiera de las opciones suplementarias de vida dependiente como beneficio de pago de la prima suplementaria de por vida dependiente.

Yo. Beneficio suplementario de pago de la prima AD&D

Los empleados que sean Personas Cubiertas tendrán derecho a los beneficios suplementarios de seguro AD&D descritos en el Documento Incorporado aplicable. Dichos beneficios estarán sujetos a los términos, condiciones y limitaciones establecidos en dicho Documento Incorporado. Una descripción de dichos beneficios, incluyendo la cantidad a pagar, máximos, condiciones previas al pago, limitaciones y exclusiones, el procedimiento para nombrar beneficiarios y consecuencias por no nombrar a un beneficiario, deberá ser la que establezca el Documento Incorporado correspondiente.

Si un empleado es elegible para beneficios complementarios de AD&D, puede elegir cualquiera de las opciones de cobertura complementaria de AD&D como beneficio de pago suplementario de la prima de AD&D.

J. Cuenta de Ahorro para la Salud

Los empleados que sean Personas Cubiertas y que estén inscritos en un plan de salud con alta franquicia patrocinado por la empresa (según se define en la Sección 223(c)(2) del Código) pueden realizar Contribuciones a la Reducción de Salario a una Cuenta de Ahorro para la Salud, hasta el límite anual de contribución permitido por la sección 223(b) del Código.

El Empleador debe contribuir con las cantidades correspondientes al valor de los beneficios de pago de primas que los Empleados Cubiertos seleccionen a los beneficios seleccionados en el Artículo V. Los Empleados Cubiertos pierden las Contribuciones a la Reducción Salarial y/o las Contribuciones a la Deducción Salarial no utilizadas, si las hay. Los empleados cubiertos no pueden recibir un reembolso de las Contribuciones a la Reducción de Salario que se pierdan, ni pueden aplicar dichas pérdidas a ningún otro beneficio del Sistema.

1.64 Beneficios no electivos

A. Beneficios básicos de vida/Beneficios básicos de vida para dependientes

Los empleados que sean Personas Cubiertas tendrán derecho a los beneficios básicos de vida/vida dependiente básicos previstos en los Documentos Incorporados aplicables. Dichos

beneficios estarán sujetos a los términos, condiciones y limitaciones establecidos en dichos Documentos Incorporados aplicables. Una descripción de dichos beneficios, incluyendo la cantidad a pagar, máximos, condiciones previas al pago, limitaciones, exclusiones y el procedimiento para nombrar beneficiarios y las consecuencias por no nombrar a un beneficiario, deberá ser la que establezca el Documento Incorporado correspondiente.

B. Beneficios básicos de AD&D

Los empleados que sean Personas Cubiertas tendrán derecho a los beneficios básicos de AD&D previstos en los Documentos Incorporados aplicables. Dichos beneficios estarán sujetos a los términos, condiciones y limitaciones establecidos en dichos Documentos Incorporados. Una descripción de dichos beneficios, incluyendo la cantidad a pagar, máximos, condiciones previas al pago, limitaciones y exclusiones deberá establecerse en los Documentos Incorporados aplicables.

C. Beneficios de Asistencia Familiar para Empleados

Los empleados que sean Personas Cubiertas tendrán derecho a los beneficios de asistencia familiar para empleados proporcionados en el Documento Incorporado aplicable. Dichos beneficios estarán sujetos a los términos, condiciones y limitaciones establecidos en dicho Documento Incorporado aplicable. Una descripción de dichos beneficios, incluyendo la cantidad a pagar, máximos, condiciones previas al pago, limitaciones y exclusiones, se establecerá en el Documento Incorporado aplicable.

D. Beneficios básicos por discapacidad a corto plazo

Los empleados que sean Personas Cubiertas tendrán derecho a las prestaciones por incapacidad temporal previstas en los Documentos Incorporados aplicables. Dichos beneficios estarán sujetos a los términos, condiciones y limitaciones establecidos en dichos Documentos Incorporados. Una descripción de dichos beneficios, incluyendo la cantidad a pagar, máximos, condiciones previas al pago, limitaciones y exclusiones deberá establecerse en los Documentos Incorporados aplicables.

E. Beneficios básicos por discapacidad a largo plazo

Los empleados que sean Personas Cubiertas tendrán derecho a los beneficios por discapacidad a largo plazo previstos en los Documentos Incorporados aplicables. Dichos beneficios estarán sujetos a los términos, condiciones y limitaciones establecidos en dichos Documentos Incorporados. Una descripción de dichos beneficios, incluyendo la cantidad a pagar, máximos, condiciones previas al pago, limitaciones y exclusiones deberá establecerse en los Documentos Incorporados aplicables.

F. Beneficios por accidente de viaje de negocios

Los empleados que sean Personas Cubiertas tendrán derecho a los beneficios por accidentes de viaje de negocios previstos en los Documentos Incorporados aplicables. Dichos beneficios estarán sujetos a los términos, condiciones y limitaciones establecidos

en dichos Documentos Incorporados. Una descripción de dichos beneficios, incluyendo la cantidad a pagar, máximos, condiciones previas al pago, limitaciones y exclusiones deberá establecerse en los Documentos Incorporados aplicables.

1.65 Límites para ciertos empleados

Las prestaciones pagaderas bajo el Plan a cada participante altamente remunerado, según lo definido en la sección 125(e)(1) del Código o a la persona altamente remunerada, según lo definido en la sección 125(e)(2) del Código, estarán limitadas en la medida necesaria para evitar infringir la sección 125(b)(1) del Código, según corresponda.

Las prestaciones pagables bajo el Plan a cada empleado clave, según se define en la sección 416(i)(1) del Código, estarán limitadas en la medida necesaria para evitar infringir la sección 125(b)(2) del Código, según corresponda.

Las prestaciones pagables bajo el Plan a cada persona altamente remunerada, según se define en la sección 105(h)(5) del Código, se limitarán en la medida necesaria para evitar infringir la sección 105(h)(1) del Código según corresponda.

Las prestaciones pagaderas bajo el Plan a un empleado altamente remunerado, tal como se define en la sección 414(q) del Código, están limitadas en la medida necesaria para evitar infringir la sección 129(d)(8) del Código. El empleador puede determinar antes o durante un año del plan que las reducciones salariales de un empleado altamente remunerado deben reducirse para evitar infringir la sección 129(d)(8) del Código. Cualquier cantidad que exceda el límite de la sección 129(d)(8) del Código será devuelta a un empleado altamente remunerado en forma de compensación sujeta a impuestos.

1.66 Notificación de los importes de pago de primas

La Compañía deberá notificar por escrito a los empleados elegibles el importe de los beneficios de pago de la prima antes del periodo inicial y de cada periodo anual de inscripción/elección. La cantidad de los beneficios por pago de la prima será la aportación requerida al empleado para participar en el(los) plan(los) de beneficios de salud o bienestar colectivo para los cuales existe un beneficio de pago de prima bajo el Plan. Cualquier notificación escrita de este tipo se incorpora por la presente por referencia y se integra en el Plan.

1.67 Aplicación de otros planes

No obstante cualquier otra disposición del Plan, los Empleados Cubiertos que elijan uno o más beneficios de pago de primas bajo el Plan estarán sujetos a las disposiciones, condiciones, limitaciones y exclusiones del Beneficio listados en el Artículo IV para los cuales elijan el beneficio de pago de prima.

4.9 Plan de Reembolso de Primas para Jubilados

Los jubilados (según la definición de la Sección 2.31) pueden optar por participar en el Plan de Reembolso de Primas para Jubilados. Este plan es un "acuerdo de reembolso de salud" mantenido por la Compañía para los jubilados elegibles, que reembolsa una parte de los gastos de prima

elegibles del jubilado. Los beneficios de este Plan estarán sujetos a los términos, condiciones y limitaciones establecidos en el Documento Incorporado aplicable. Una descripción de dichos beneficios, incluyendo la cantidad a pagar, máximos, condiciones previas al pago, limitaciones y exclusiones, se establecerá en el Documento Incorporado aplicable. Los jubilados que participan en el Plan de Reembolso de Primas para Jubilados no participan en el Plan de Cafetería ni realizan Contribuciones por Reducción de Salario ni Reducciones de Salario sobre las Contribuciones al Plan.

ARTÍCULO V

ELECCIONES

1.68 Inscripción para prestaciones no electivas

Todos los empleados que cumplan los requisitos de elegibilidad de la Sección 3.1 estarán automáticamente protegidos por los beneficios descritos en la Sección 4.5 y dichos beneficios no estarán sujetos a las disposiciones de este Artículo V.

1.69 Inscripción para Beneficios Electos

A. Inscripción/elección inicial

Los empleados que cumplan los requisitos de elegibilidad de la Sección 3.1 podrán elegir los Beneficios descritos en la Sección 4.4.

B. Inscripción/Elección Anual

Aproximadamente entre 30 y 60 días antes de que comience cada Año del Plan, el Administrador del Plan realizará una inscripción durante la cual los empleados podrán realizar nuevas elecciones o cambiar las existentes para el siguiente Año del Plan.

C. Jubilados

Los jubilados se inscriben en el Plan de Reembolso de Primas para Jubilados tal y como se describe en la descripción resumida del plan.

1.70 Acuerdos de reducción/deducción salarial

Durante el periodo de elección aplicable determinado por el Empleador, un Empleado deberá firmar un Acuerdo de Reducción Salarial con el Empleador si elige Beneficios que requieran contribuciones antes de impuestos del Empleado. El Acuerdo de Reducción Salarial autorizará al Empleador a reducir el salario del Empleado por la cantidad requerida de las contribuciones requeridas del Empleado. Todas las elecciones de beneficios serán nulas si el Empleado Cubierto no firma un Acuerdo de Reducción Salarial según lo establecido aquí.

Durante el periodo de elección aplicable determinado por el Empleador, un Empleado deberá celebrar un Acuerdo de Deducción Salarial con el Empleador si elige Beneficios que requieran contribuciones después de impuestos. El Acuerdo de Deducción Salarial autorizará al Empleador a deducir la cantidad requerida de las contribuciones del empleado del salario del empleado en base a impuestos. Todas las elecciones de beneficios serán nulas y sin valor si el Empleado Cubierto no firma un Acuerdo de Deducción Salarial según lo establecido aquí.

1.71 Formularios y Acuerdos

Los empleados pueden inscribirse, hacer elecciones y ordenar a su empleador que realice Contribuciones a la Reducción de Salario y/o Contribuciones a la Deducción de Salario solo

presentando los formularios o acuerdos correspondientes y completados (que pueden estar en formato electrónico) ante el Administrador del Plan antes de la fecha límite descrita en la Sección 5.6.

1.72 Beneficios por defecto

El Administrador del Plan realizará una inscripción durante la cual los empleados podrán realizar nuevas elecciones o cambiar las existentes para el próximo año del Plan. A menos que el Administrador del Plan apruebe una elección suplementaria, como se describe en la Sección 5.8(B), un Empleado Cubierto que no presente un Acuerdo válido de inscripción/elección y Reducción Salarial y/o Acuerdo de Deducción Salarial, según lo exigido en la Sección 5.4, se considera que tiene cobertura continuada en todos los beneficios electivos excepto el Plan de Cuenta de Gastos en Atención Sanitaria y el Plan de Cuenta de Gastos para Cuidado de Dependientes.

Un empleado que se inscribe por primera vez y que no presente un Acuerdo de Reducción de Salario válido y/o un Acuerdo de Reducción de Salario y/o Acuerdo de Deducción Salarial, tal y como exige la Sección 5.4, se considera que ha elegido cobertura exclusiva para empleados en la opción de menor coste para los planes de Beneficios Médicos/Medicamentos Recetados.

Las contribuciones requeridas para la cobertura por defecto se deducirán del salario del empleado como Contribuciones a la Reducción de Salario, según lo permitido por el Código, o como Contribuciones por Deducción Salarial.

1.73 Plazos

A. Inscripción/elección inicial

Para los empleados recién contratados que se vuelven elegibles después de la fecha de vigencia pero antes de la inscripción anual descrita en la Sección 5.2(B), la fecha límite para inscribirse y realizar elecciones iniciales es el último día del periodo de espera del empleado, o dentro de un periodo de hasta 30 días después del fin del periodo de espera (si el empleador participante lo permite). Los Acuerdos de Reducción Salarial y/o los Acuerdos de Deducción Salarial completados por los Empleados Elegibles serán efectivos a partir de la fecha en que el Empleado sea elegible conforme a la Sección 3.1 y complete el acuerdo inicial de inscripción con el Administrador del Plan.

B. Inscripción/Elección Anual

Para los Empleados Cubiertos y los Empleados que se vuelven elegibles desde el primer día de un Año del Plan, la fecha límite para inscribirse y hacer elecciones es la fecha que especifica el Administrador del Plan, pero no más tarde del día anterior al primer día del Año del Plan al que se aplican los acuerdos de inscripción, elecciones y Reducción Salarial y/o Acuerdo de Deducción Salarial.

1.74 Validez de los formularios electorales

A. Aprobación del Administrador del Plan

Las inscripciones y elecciones, así como el Acuerdo de Reducción Salarial y/o los Acuerdos de Deducción Salarial, solo entran en vigor si son válidos, según lo determine el Administrador del Plan. Excepto para elecciones suplementarias descritas en la Sección 5.8(B), el Administrador del Plan sustituirá la prestación de compensación no reducida, descrita en la Sección 4.3, por cualquier elección inválida de pago de prima.

B. Modificación o rechazo correctivo

El Administrador del Plan podrá modificar o rechazar cualquier inscripción, elección y/o Acuerdo de Reducción Salarial y/o Acuerdo de Deducción Salarial, o tomar cualquier otra acción que el Administrador del Plan considere apropiada según las normas uniformemente aplicables a personas en situación similar para cumplir con los requisitos de no discriminación de la sección 125(b) del Código. Cualquier modificación, rechazo u otra acción correctiva que tome el Administrador del Plan debe hacerse sobre una base razonable que no discrimine a favor de individuos o participantes altamente remunerados, según se define en las secciones 125(e)(1) y (2) del Código, respectivamente, ni de empleados clave, según se define en la sección 416(i)(1) del Código.

1.75 Cambios en las elecciones

A. Regla general

Todas las elecciones y los Acuerdos de Reducción Salarial y/o Acuerdos de Deducción Salarial permanecen vigentes durante todo el Año del Plan al que se apliquen, salvo que se modifiquen o revocen según lo dispuesto en esta Sección 5.8. Sin embargo, durante la inscripción anual, los empleados cubiertos pueden hacer nuevas elecciones de beneficios o cambiar las existentes para el próximo año del Plan.

B. Elecciones suplementarias

Sin embargo, la sección 5.8(A), el Administrador del Plan podrá aprobar una elección suplementaria para corregir un formulario de inscripción o elección, Acuerdo de Reducción Salarial o Acuerdo de Deducción Salarial que sea inválido por cualquier motivo si la aprobación no violaría la sección 125 del Código.

C. Revocación de elecciones

Salvo lo dispuesto en la Sección 3.3(B) o (C), los Empleados Cubiertos pueden revocar elecciones (incluidas las elecciones predeterminadas) y los Acuerdos de Reducción de Salario y Acuerdos de Deducción Salarial durante un año del Plan únicamente, conforme a las disposiciones descritas en esta Sección 5.8(C). Salvo lo dispuesto en la siguiente frase, un Empleado Cubierto debe realizar el cambio en un plazo de 31 días desde el evento que dio lugar al cambio electoral. En caso de una inscripción especial en HIPAA debido a la pérdida de Medicaid o de un programa estatal de seguro de salud infantil (CHIP) o al derecho inicial a la asistencia estatal de primas por parte de

un empleado, cónyuge o dependiente, un empleado cubierto tendrá 60 días desde la fecha del evento para realizar un cambio electoral. No obstante lo dispuesto en esta Sección 5.8(C), la capacidad de un Empleado o Empleado Cubierto para elegir o revocar cualquier opción de prestación a mitad de año puede estar limitada por los términos del Documento Incorporado que regula dicha opción de beneficio. Además, un Empleado Cubierto que esté inscrito en una Cuenta de Ahorro para la Salud puede cambiar su elección prospectivamente a partir del primer día de cualquier mes si el cambio es coherente con la sección 223 del Código.

1. Separación del servicio

Los empleados cubiertos pueden revocar elecciones y Acuerdos de Reducción de Salario o Acuerdos de Deducción Salarial al separarse del servicio del Empleador. Independientemente de reclamaciones o reembolsos previos, el Administrador del Plan debe reembolsar a un Empleado Cubierto cualquier cantidad que ya haya pagado por la cobertura relativa al periodo posterior a la fecha de efectividad de la terminación de la cobertura en la medida requerida por las normativas aplicables.

2. Cambio de estatus

Un Empleado Cubierto puede revocar cualquier elección y hacer una nueva si dicha revocación y nueva elección son tanto por motivo, como necesarias o apropiadas por un Cambio de Estatus.

Los cambios en los Acuerdos de Reducción de Votación y Salario deben ser coherentes con el Cambio de Estatus, excepto en las elecciones realizadas conforme a las disposiciones especiales de inscripción de HIPAA.

A efectos de este párrafo (2), el término "consistente" significa que el evento de Cambio de Estatus debe hacer que el cónyuge o los hijos dependientes del Empleado o del Empleado obtengan o pierdan la elegibilidad bajo un beneficio patrocinado por el empleador ofrecido a través de este Plan o del Plan del Cónyuge o Dependiente, incluyendo un Cambio de Estatus que resulte en un aumento o disminución del número de Dependientes del Empleado que puedan beneficiarse de la cobertura bajo el Plan. La elección entrará en vigor tan pronto como sea administrativamente posible tras el cambio electoral, pero no antes de la fecha del cambio de estatus. Con respecto a una elección realizada en virtud del matrimonio, un nacimiento, adopción o colocación para adopción de un menor, el cambio electoral entrará en vigor a partir del matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción.

No obstante lo anterior, un Empleado Cubierto no puede realizar cambios en los beneficios electivos establecidos en las Secciones 4.4(F), (G), (H) o (I), salvo que el Empleado Cubierto pueda abandonar la cobertura al terminar su contrato o si el Empleado Cubierto o sus Dependientes quedan inelegibles para beneficios. El Empleado Cubierto también puede realizar cambios en los beneficios del Seguro de

Vida Suplementario para Dependientes según lo descrito en la Sección 4.4(H) para los hijos tras el nacimiento o adopción de un hijo o para un cónyuge tras el matrimonio o divorcio.

El Administrador del Plan puede requerir las pruebas que considere necesarias para cumplir con el requisito de coherencia impuesto por la sección 125 del Código.

3. Cambios en el coste

Si el coste de un beneficio por pago de prima aumenta o disminuye durante un año del Plan, el Plan puede, de forma razonable y constante, realizar automáticamente un cambio prospectivo en las contribuciones de los empleados cubiertos para reflejar el coste de este cambio.

Sin embargo, si el Administrador del Plan determina que el aumento en el coste de dicho beneficio de pago de prima es significativo, los empleados cubiertos que hayan elegido ese beneficio de pago de prima pueden modificar su Acuerdo de Reducción de Salario en consecuencia o revocar su elección de beneficio por pago de prima y — en su lugar — elegir, de forma prospectiva, un beneficio de pago de prima con una cobertura similar, o pueden revocar el beneficio existente si no hay otra opción que ofrezca una cobertura similar disponible. Los empleados que previamente renunciaron a la participación pueden optar por beneficios si el coste de la cobertura disminuye significativamente durante el año del Plan.

La oportunidad de hacer nuevas elecciones según este apartado (3) no se aplica al Plan de Cuenta de Gastos Sanitarios y solo se aplica al Plan de Cuenta de Gastos de Cuidado de Dependientes si un proveedor de cuidado de dependientes que no sea familiar del Empleado Cubierto impone un aumento de costes. A efectos de este subapartado (c), un "familiar" es una persona que está relacionada según lo descrito en las secciones 152(d)(2) (A) del Código y que incorporan las normas del Código secciones 152(f)(1)(B) y 152(f)(4).

4. Cambios en la cobertura

un. Reducción significativa sin *pérdida de cobertura*

Si la cobertura ofrecida bajo el Plan se reduce significativamente sin en caso *de pérdida de cobertura* durante un año del Seguro, los empleados cubiertos afectados pueden revocar su elección y hacer una nueva elección en base a la perspectiva para la cobertura bajo otra opción que ofrezca cobertura similar. A efectos de esta Sección 5.8(C)(4), se produce una restricción significativa si existe una reducción general de la cobertura.

b. Reducción significativa con *pérdida de cobertura*

Si la cobertura ofrecida bajo el Plan se reduce significativamente hasta el punto de que el empleado cubierto sufre una *pérdida de cobertura*,

los empleados cubiertos afectados pueden revocar su elección y hacer una nueva elección prospectiva para cubrir bajo otra opción que ofrezca cobertura similar, o pueden revocar la cobertura existente si no existe otra opción que ofrezca cobertura similar. A efectos de esta Sección 5.8(C)(4), una *pérdida de cobertura* significa una pérdida total de cobertura bajo la opción de prestación e incluirá la eliminación de una opción de prestación, que una HMO deje de estar disponible donde resida la persona, que pierda toda la cobertura bajo la opción debido a una limitación total de por vida o anual, u otra pérdida fundamental de cobertura según lo determine el Administrador del Seguro.

c. Adición o mejora de una opción de beneficio

Si la cobertura ofrecida bajo el Plan mejora significativamente o si se pone a disposición una nueva opción de beneficio bajo el Plan, entonces: (A) un Empleado Cubierto que esté inscrito en una opción de prestación distinta a la nueva o significativamente mejorada puede cambiar su elección de forma prospectiva para elegir la nueva o significativamente mejorada opción, o (B) un Empleado Elegible que previamente hubiera optado por renunciar a la cobertura bajo una opción de prestación puede optar por inscribirse de forma prospectiva en la nueva opción o en la opción de beneficio significativamente mejorada. El Administrador del Plan, a su entera discreción, determinará si se ha añadido o ha habido una mejora significativa en una opción de prestación conforme a las directrices del Servicio de Impuestos Internos.

d. La posibilidad de realizar nuevas elecciones según este párrafo (4) no se aplica al Plan de Gastos Sanitarios.

5. Cambio en la cobertura de un empleado, cónyuge o dependiente bajo el plan de otro empleador

Si el Empleado, el cónyuge o dependiente del Empleado está cubierto por otro plan del Empleador o un plan del Empleador del Cónyuge o Dependiente del Empleado, el Empleado puede realizar un cambio de elección bajo este Plan en las siguientes situaciones, siempre que dicho cambio de elección sea debido a y corresponda con un cambio bajo el otro plan:

- un. si el año del plan de dicho otro empleador es diferente al año del plan de este Plan, o
- b. si el otro plan del empleador permite que el Empleado, Cónyuge o Dependiente realice cambios para cualquiera de las situaciones descritas en esta Sección 5.8(C).

La posibilidad de realizar nuevas elecciones según este apartado (5) no se aplica al Plan de Cuenta de Gastos Sanitarios.

6. Pérdida de cobertura bajo otro plan de salud

Si un Empleado, Cónyuge o Dependiente pierde la cobertura bajo cualquier cobertura de salud grupal patrocinada por una institución gubernamental o educativa, el Empleado podrá hacer una nueva elección prospectiva para la cobertura sanitaria proporcionada bajo este Plan, siempre que dicho Empleado, Cónyuge o Dependiente sea elegible para cobertura bajo este Plan. A efectos de esta Sección 5.8(C)(6), una institución gubernamental o educativa incluirá lo siguiente:

- un. Un programa estatal de salud infantil (CHIP) bajo el Título XXI de la Ley de Seguridad Social,
- b. Un programa médico de un gobierno tribal indígena (según se define en la sección 7701(a)(40) del Código), el Servicio de Salud Indígena o una organización tribal,
- c. Un fondo de riesgo estatal de prestaciones sanitarias, o
- d. Un plan de salud grupal de gobierno extranjero.

La posibilidad de realizar nuevas elecciones bajo este apartado (6) no se aplica al Plan de Cuenta de Gastos Sanitarios.

7. Ajuste automático de la elección

El Acuerdo de Elección y Reducción de Salario de un Empleado Cubierto que pierda a un cónyuge o dependiente por fallecimiento a efectos de un beneficio por pago de prima descrito en la Sección 4.4 pero que no haga una elección oportuna conforme a la Sección 5.8(C)(2)—será ajustado automáticamente en base prospectiva por el Administrador del Plan de acuerdo con esta Sección 5.8(C)(7).

ARTÍCULO VI

COORDINACIÓN DE BENEFICIOS

1.76 Aplicabilidad

Excepto lo dispuesto en la Sección 6.9, se aplican a este Plan las siguientes disposiciones de Coordinación de Beneficios ("COB"), según se establece en este Artículo VI, cuando una Persona Cubierta tiene cobertura sanitaria bajo más de un Acuerdo de Atención Sanitaria.

1.77 Definiciones COB

Un. "Acuerdo de Atención Sanitaria" significa cualquiera de las siguientes coberturas que proporcionen beneficios o servicios a la Persona Cubierta para, o debido a, tratamiento médico, quirúrgico u hospitalario:

1. Cobertura grupal, general o franquicia, asegurada o no;
2. Cobertura Group Blue Cross y/o Blue Shield y otras coberturas de prepago en base grupal, incluyendo HMOs;
3. Cobertura bajo un plan fiduciario laboral-gesto, un plan de bienestar sindical, un plan de organización empleadora o un plan de beneficios para empleados;
4. Cobertura bajo programas gubernamentales y cualquier otra cobertura requerida o proporcionada por ley que no sea Medicare o un plan estatal bajo Medicaid;
5. Cobertura sin culpa para automóviles en grupo o individual;
6. Otros arreglos de cobertura grupal asegurada o autoasegurada.

El término Acuerdo de Atención Sanitaria se interpretará por separado respecto a cada póliza, contrato u otro acuerdo de beneficios o servicios y por separado respecto a esa parte de cualquier póliza, contrato u otro acuerdo que se reserve el derecho a tener en cuenta los beneficios o servicios de otros Acuerdos de Atención Sanitaria al determinar sus beneficios y la parte que no lo haga.

- B. "Gasto permitido" significa un concepto habitual y habitual de gasto para atención sanitaria, cuando el concepto de gasto está cubierto al menos en parte por uno o más Acuerdos de Atención Sanitaria que cubren a la persona para la que se presenta la reclamación.

Cuando un Acuerdo de Atención Sanitaria proporciona beneficios en forma de servicios en lugar de pagos en efectivo, el valor razonable en efectivo de cada uno se considerará tanto un gasto permitido como un beneficio pagado.

- C. "Periodo de Resolución de Reclamaciones" significa un año natural. Sin embargo, no incluye ninguna parte del año durante la cual una persona no tenga cobertura bajo este Seguro.

1.78 Reglas de Orden de Determinación de Beneficios

Este Plan determina su orden de beneficios utilizando la primera de las siguientes reglas que se aplica:

A. Provisión COB/No COB

Los beneficios de un Acuerdo de Atención Sanitaria que no incluya una disposición COB siempre deberán determinarse antes que los beneficios de un Acuerdo de Atención Sanitaria que sí incluya una disposición COB.

B. Seguro de coche sin culpa

Los beneficios del Acuerdo de Atención Sanitaria que cubre a la persona como beneficiario bajo una póliza de seguro de automóvil sin culpa exigida por la ley se determinarán antes de este Plan, independientemente de si la póliza sin culpa ha sido seleccionada como secundaria.

C. No dependiente/dependiente

Los beneficios del Acuerdo de Atención Sanitaria que cubre a la persona como empleado, miembro o suscriptor (es decir, que no sea como dependiente) se determinarán antes que los del Acuerdo de Atención Sanitaria que cubre a la persona como dependiente.

D. Hijo/padres dependientes no separados ni divorciados

Excepto lo que se indica en el Párrafo (E) más abajo, cuando este Plan y otro Acuerdo de Atención Sanitaria cubren al mismo hijo como dependiente de personas diferentes, llamados "padres":

1. los beneficios del Acuerdo de Atención Sanitaria del progenitor cuyo cumpleaños cae antes en un año se determinan antes que los del Acuerdo de Atención Sanitaria del progenitor cuyo cumpleaños cae más tarde ese año; pero
2. si ambos padres tienen el mismo nacimiento, los beneficios del Acuerdo de Atención Sanitaria que cubrió al progenitor durante más tiempo se determinan antes que los del Acuerdo de Atención Sanitaria que cubrió al otro progenitor por un periodo más corto.

Sin embargo, si el otro Acuerdo de Atención Sanitaria no tiene la norma descrita en (1) inmediatamente anterior, pero en su lugar tiene una norma basada en el género del progenitor, y si, como resultado, los Acuerdos de Atención Sanitaria no coinciden sobre el orden de los beneficios, la norma del otro Acuerdo de Atención Sanitaria determinará el orden de los beneficios.

E. Hijo dependiente/padres separados o divorciados

Si dos o más Acuerdos de Atención Sanitaria cubren a una persona como hijo dependiente de padres divorciados o separados, los beneficios para el niño se determinan en este orden:

1. primero, el Acuerdo de Atención Sanitaria del progenitor con la custodia del menor;
2. luego, el Acuerdo de Atención Sanitaria del cónyuge del progenitor con la custodia del menor; y
3. por último, el acuerdo de atención sanitaria en el que el progenitor no tiene la custodia del niño.

Sin embargo, si los términos específicos de un decreto judicial establecen que uno de los padres es responsable de los gastos sanitarios del menor, y la entidad obligada a pagar o proporcionar los beneficios de los Acuerdos de Atención Sanitaria de ese progenitor tiene conocimiento real de esos términos, los beneficios de ese Acuerdo de Atención Sanitaria se determinan primero. Este párrafo no se aplica respecto a ningún Periodo de Resolución de Reclamaciones ni a Año de Plan durante el cual se paguen o se presten beneficios antes de que la entidad tenga ese conocimiento real.

Este Plan no cubrirá los gastos de ningún niño que no cumpla con la definición de Dependiente según el Artículo II, salvo que sea necesario conforme a una orden de manutención médica calificada según la sección 609(a) de ERISA.

F. Empleado activo/inactivo

Los beneficios de un Acuerdo de Atención Sanitaria que cubre a una persona como empleado que no ha sido despedido ni jubilado (o como dependiente de ese empleado) se determinan antes que los de un Acuerdo de Atención Sanitaria que cubre a esa persona como empleado despedido o jubilado (o como dependiente de ese empleado). Si el otro Acuerdo de Atención Sanitaria no tiene esta norma, y si, como resultado, los Arreglos de Atención Sanitaria no coinciden con el orden de los beneficios, esta norma se ignora.

G. Cobertura de continuación

Si una persona está cubierta por un plan de continuación como resultado de la compra de la cobertura prevista por la ley federal o estatal, y también por otro plan grupal, el siguiente será el orden de determinación de la prestación:

1. Primero, los beneficios de un plan que cubra a la persona como empleado (o como dependiente de ese empleado);
2. Segundo, los beneficios de la cobertura bajo el plan de continuación.

Si el otro plan no tiene la regla descrita anteriormente, y si, como resultado, los planes no coinciden en el orden de los beneficios, esta norma se ignora.

H. Duración de cobertura más larga y corta

Si ninguna de las normas anteriores determina el orden de los beneficios, los beneficios del Acuerdo de Atención Sanitaria que cubrió a un empleado, miembro o suscriptor durante más tiempo se determinan antes que los del Acuerdo de Atención Sanitaria que cubrió a esa persona durante un periodo más corto.

Yo. Coordinación de Medicare

1. Empleados y/o cónyuges de 65 años o más

A menos que un empleado activo de 65 años o más dé al Plan un aviso por escrito renunciando a su derecho a los beneficios, el Plan es Principal. Con respecto al cónyuge de 65 años o más de un empleado activo, a menos que el empleado dé al Plan un aviso por escrito de renuncia a los beneficios del Plan, el Plan es el principal.

2. Personas con discapacidad cubiertas por Medicare

Si la ley lo requiere, el Plan es principal respecto a una Persona Cubierta que también tiene derecho a Medicare debido a su discapacidad. De lo contrario, el Plan es secundario.

3. Personas cubiertas con enfermedad renal en fase terminal

Durante el periodo requerido por la ley, si lo hay, el Plan es principal respecto a una Persona Cubierta con derecho a Medicare debido a una enfermedad renal en fase terminal. De lo contrario, el Plan es secundario.

1.79 Efecto en los beneficios de este plan

A. Cuándo se aplica esta sección

La presente Sección 6.4 se aplica cuando, de acuerdo con la Sección 6.3, "Reglas de Orden de Determinación de Beneficios", este Plan es un pagador secundario de prestaciones a uno o más Acuerdos de Atención Sanitaria. En ese caso, los beneficios de este Plan pueden reducirse bajo esta Sección. Dicho otro Acuerdo o Acuerdos de Atención Sanitaria se denominan "los otros Arreglos" en el punto (B) inmediatamente más abajo.

B. Reducción de los beneficios de este plan

Las prestaciones que se pagarían bajo este Plan en ausencia de las disposiciones de la COB especificadas en este Artículo VI se reducirán en las prestaciones pagaderas bajo los demás Acuerdos para los gastos cubiertos total o parcialmente bajo este Plan. Esto se aplica tanto si la reclamación se presenta como si no bajo un Acuerdo de Atención Sanitaria. Cuando un

Acuerdo de Atención Sanitaria proporciona beneficios en forma de servicios, el valor razonable en efectivo de cada servicio prestado se considerará tanto un gasto incurrido como un beneficio a pagar.

1.80 Limitación de prestaciones

Al aplicar las disposiciones de este Artículo, el Plan no paga beneficios de atención sanitaria en una cantidad mayor a la que pagaría si fuera primaria.

1.81 Derecho a recibir y divulgar la información necesaria de la COB

El Administrador del Plan tiene derecho a obtener cualquier información necesaria para aplicar las disposiciones COB de este Artículo VI. El Administrador del Plan tiene derecho a obtener información sobre la COB o a proporcionar dicha información a cualquier otra organización o persona involucrada en la administración de las disposiciones de la COB de este Plan o de cualquier otro Acuerdo de Atención Sanitaria. El Administrador del Plan no necesita informar ni obtener el consentimiento de nadie antes de obtener esa información. Cada persona que reclame prestaciones bajo este Plan debe proporcionar al Administrador del Plan toda la información necesaria para tramitar la reclamación.

1.82 Facilidad de pago

Un pago realizado bajo otro Acuerdo de Atención Sanitaria puede incluir una cantidad que debería haberse pagado bajo este Plan. Si lo hace, el Plan puede pagar esa cantidad a la organización que realizó ese pago. Esa cantidad se tratará entonces como si fuera un beneficio pagado bajo este Plan. El Plan no tendrá que pagar esa cantidad de nuevo. El término "pago realizado" incluye la prestación de beneficios en forma de servicios, en cuyo caso "pago realizado" significa un valor razonable en efectivo de los beneficios proporcionados en forma de servicios.

1.83 Derecho de recuperación

Si la cantidad de los pagos realizados por el Plan es superior a lo que debería haber pagado según las disposiciones de la COB especificadas en este Artículo VI, podrá recuperar el exceso de uno o más de:

- A. las personas a las que ha pagado o por quienes ha pagado;
- B. compañías de seguros; o
- C. otros arreglos de atención sanitaria, incluyendo la compensación laboral.

La "cantidad de los pagos realizados" incluye el valor razonable en efectivo de cualquier beneficio proporcionado en forma de servicios.

1.84 Disposiciones que Regulan

Cuando las disposiciones que describen la coordinación de beneficios se establezcan en un Documento Incorporado aplicable, dicho Documento Incorporado prevalecerá, salvo en la medida en que las disposiciones no establezcan el orden de responsabilidad, en cuyo caso prevalecerán las disposiciones de este Artículo VI.

ARTÍCULO VII

COBERTURA DE CONTINUACIÓN DE COBRA

1.85 Elegibilidad para la Cobertura de Continuación

Las disposiciones contenidas en este Artículo VII se aplican únicamente a los beneficios médicos, dentales, de visión, planes de asistencia al empleado y cuentas de gasto sanitario proporcionados bajo el Plan. Las disposiciones de este Artículo VII no regulan en la medida prevista en la Sección 7.9.

Ciertos empleados y dependientes tendrán derecho a adquirir cobertura de continuación bajo este Plan de acuerdo con las disposiciones de la Ley de Reconciliación Presupuestaria Ómnibus Consolidada de 1985, Ley Pública 99-272, Título X (COBRA), siempre que dichas personas fueran Personas Cubiertas bajo el Plan en la fecha inmediatamente anterior a la fecha de un Evento Calificado o se conviertan en Personas Cubiertas durante el periodo de continuación porque dichos Dependientes nazcan o sean puestos en adopción con el Empleado.

1.86 Definiciones

A efectos de este Artículo VII, los siguientes términos tienen los siguientes significados:

- A. "Empleado" significa una persona que está (o estaba) cubierta por el Plan en virtud de que la persona prestó servicios para el Empleador el día anterior a la ocurrencia del evento, lo que da lugar al derecho a elegir la cobertura de continuación COBRA.
- B. "Dependiente" significa, con respecto a un Empleado según la definición de esta Sección 7.2, cualquier persona que, el día anterior a la ocurrencia del evento que da lugar al derecho a elegir la cobertura de continuación COBRA, esté cubierta por el Plan como (1) cónyuge de dicho empleado o (2) hijo dependiente de dicho empleado. El término Dependiente incluirá cualquier niño nacido o colocado en adopción con el Empleado durante el periodo de continuación.
- C. "Beneficiario Cualificado" significa un Empleado o Dependiente según lo definido en esta Sección 7.2, pero no deberá significar Dependientes definidos en la Sección 7.7(B), salvo que el término Beneficiario Calificado incluirá a los Dependientes nacidos o colocados para adopción con el Empleado durante el periodo de continuación.
- D. "Evento Calificado" significa cualquiera de los siguientes casos, cuya ocurrencia supondría la pérdida de la cobertura bajo el Plan si no fuera por el derecho a adquirir la cobertura de continuación de COBRA:
 - 1. para los empleados, despido del empleo por cualquier motivo distinto a una mala conducta grave, o pérdida de elegibilidad debido a la reducción de horas trabajadas por el empleado;
 - 2. para los dependientes:
 - a. fallecimiento del empleado;

- b. divorcio del empleado y el cónyuge;
- c. separación legal del empleado y el cónyuge;
- d. reducción de horas trabajadas por el empleado o despido del empleo por cualquier motivo distinto a una mala conducta grave;
- e. derecho del empleado a beneficios bajo el Título XVIII de la Ley de Seguridad Social (relativo a Medicare); o
- f. dejar de calificar como hijo dependiente bajo el Plan.

El Evento Clasificadorio se considerará ocurrido en la fecha del Evento Clasificadorio — no en la fecha en que la cobertura finalice debido al Evento Clasificadorio.

1.87 Pérdida de elegibilidad para la cobertura de continuación

Un beneficiario cualificado no será elegible para la cobertura de continuación de COBRA a menos que:

- A. el empleador o administrador del plan es notificado de la elección de la cobertura de continuación de COBRA, en un formulario proporcionado para tal fin, en un plazo de 60 días siguientes a la siguiente:
 - 1. la fecha en que la cobertura del Beneficiario Calificado bajo el Plan terminaría por un evento descrito en la Sección 7.2(D); o
 - 2. la fecha en que se envía el aviso de elegibilidad al individuo conforme a la Sección 7.5(C); y
- B. el Beneficiario Calificado paga la prima inicial requerida, según lo establecido en la Sección 7.8, a más tardar en la fecha 45 días después de la fecha en que se eligió la cobertura de continuación de COBRA.

Hasta que expire el periodo electoral, un Beneficiario Calificado puede cambiar o revocar cualquier elección. No elegir la cobertura de continuación de COBRA dentro del periodo electoral prescrito supondrá una renuncia al derecho a la cobertura de continuación de COBRA.

1.88 Terminación de la Cobertura de Continuación de COBRA

La cobertura de continuación de COBRA terminará en la fecha en que ocurra la más antigua de las siguientes:

- A. el último día del mes anterior a la fecha en que el Beneficiario Calificado no pague una prima requerida posterior dentro de los 30 días siguientes a la fecha de pago;
- B. la fecha en que el Beneficiario Calificado se convierte por primera vez, después de la fecha de la elección COBRA, en derecho a Medicare;

- C. la fecha en que el Beneficiario Calificado se convierte por primera vez, después de la fecha de la elección COBRA, cubierto por otro plan de salud grupal, según se define en la sección 5000(b)(1) del Código;
- D. 36 meses desde la fecha en que ocurre un Evento Calificativo descrito en las Secciones 7.2(D)(2)(a), 7.2(D)(2)(b), 7.2(D)(2)(c), 7.2(D)(2)(e) o 7.2(D)(2)(f);
- E. 18 meses desde la fecha en que ocurra un Evento Calificativo descrito en las Secciones 7.2(D)(1) o 7.2(D)(2)(d). Si un Evento Calificado descrito en las Secciones 7.2(D)(2)(a), 7.2(D)(2)(b), 7.2(D)(2)(c) o 7.2(D)(2)(f) ocurre después de un Evento Calificado descrito en la Sección 7.2(D)(2)(d), se permitirá un periodo adicional de cobertura para los Dependientes que hayan elegido y pagado adecuadamente la cobertura de continuación de COBRA; pero, en ningún caso, la suma de los primeros y segundos periodos de cobertura superará los 36 meses desde la fecha del primer Evento Calificado que dará lugar a la elegibilidad del Beneficiario Calificado para la cobertura de continuación COBRA;
- F. la fecha en que el empleador termina todos los planes de salud colectivos;
- G. en el caso de un Beneficiario Calificado que se determine bajo el Título II o XVI de la Ley de la Seguridad Social como incapacitado (i) en el momento del Evento Calificado o (ii) en cualquier momento durante los primeros 60 días de cobertura de continuidad, el periodo de 18 meses establecido en la Sección 7.4(E) se extenderá a 29 meses; siempre que dicha persona notifique al Administrador del Plan dicha determinación conforme a la Sección 7.5(D) antes de que finalice dicho periodo de 18 meses; y se establece además que si el Beneficiario Calificado no permanece incapacitado durante el periodo extendido, la cobertura cesará a partir del mes que comience más de 30 días después de la fecha de la determinación final bajo el Título II o XVI de la Ley de Seguridad Social de que el Beneficiario Calificado ya no está discapacitado;
- H. en el caso de un Evento Calificado descrito en la Sección 7.2(D)(3), la fecha de fallecimiento del Empleado o Beneficiario Calificado (descrito en la sección 4980B(g)(1)(D)(iii)), o en el caso de un cónyuge superviviente o hijos dependientes del Empleado, 36 meses después de la fecha de fallecimiento del Empleado; o
- Yo. en el caso de un Evento Calificativo descrito en la Sección 7.2(D)(2)(d) que ocurra menos de 18 meses después de la fecha en que el Empleado adquiere derecho a Medicare, 36 meses desde la fecha en que el Empleado adquiere derecho a Medicare; o
- J. para el Plan de Cuenta de Gastos Sanitarios, el último día del año del plan en el que ocurre el Evento Calificado.

1.89 Requisitos de aviso

- A. El Empleador deberá notificar al Administrador del Plan la ocurrencia de un evento descrito en las Secciones 7.2(D)(1), 7.2(D)(2)(a), 7.2(D)(2)(d), 7.2(D)(2)(e) y 7.2(D)(3) dentro de los 30 días siguientes a la fecha del evento descrito.

- B. El Empleado Cubierto o un Beneficiario Calificado será responsable de notificar al Administrador del Plan la ocurrencia de un evento descrito en las Secciones 7.2(D)(2)(b), 7.2(D)(2)(c) o 7.2(D)(2)(f) dentro de los 60 días siguientes a la fecha del evento descrito, ya sea que dicho evento sea un Evento Calificado inicial o un segundo Evento Calificado.
- C. El Administrador del Plan deberá notificar a los Beneficiarios Calificados sus derechos de cobertura de continuación COBRA dentro de los 14 días siguientes a la fecha en que reciba el aviso descrito en las Secciones 7.5(A) o (B).
- D. Un Beneficiario Cualificado, que se determine bajo el Título II o XVI de la Ley de Seguridad Social que ha estado incapacitado en cualquier momento dentro de los primeros 60 días del periodo de continuación, será responsable de notificar al Administrador del Plan dicha determinación en un plazo de 60 días posteriores a la fecha de dicha determinación, pero en ningún caso posterior al final del periodo de 18 meses establecido en la Sección 7.4(E). Dicho Beneficiario Calificado será además responsable de notificar al Administrador del Plan cualquier determinación final bajo dichos Título(s) de que ya no está discapacitado, en un plazo de 30 días desde la fecha de dicha determinación.
- E. Al inicio de la cobertura bajo el Plan, el Administrador del Plan deberá notificar a cada empleado o cónyuge que sea Persona Cubierta de sus derechos bajo COBRA.
- F. El Administrador del Plan notificará a cada Beneficiario Calificado cualquier terminación de la cobertura de continuación de COBRA que entre en vigor antes de que finalice el periodo máximo de cobertura de continuación de COBRA aplicable al Beneficiario Calificado.
- G. El Administrador del Plan notificará a cada Empleado, Cónyuge o Dependiente la indisponibilidad de la cobertura de continuación de COBRA si determina, tras recibir el aviso de un Evento Calificativo, que el Empleado, Cónyuge o Dependiente no tiene derecho a la cobertura de continuación COBRA.

1,90 Cobertura disponible para continuar

Un Beneficiario Calificado puede optar por continuar recibiendo la cobertura sanitaria (según la definición de las normativas COBRA) que recibía inmediatamente antes del evento, lo que le otorga el derecho a elegir la cobertura de continuación COBRA. Si la cobertura proporcionada a empleados activos en situación similar se modifica o elimina, la cobertura de continuación de COBRA también se modificará o eliminará. Si el empleador termina el Plan pero continúa manteniendo uno o más otros planes de salud grupales, según se define en la sección 5000(b)(1) del Código, los beneficiarios de la cobertura de continuación de COBRA pueden optar por la cobertura bajo uno de esos otros planes de salud grupales. Un Beneficiario Calificado puede optar por seguir recibiendo cobertura por el nivel de reembolso, si lo hubiera, que la persona tenía vigente en su Cuenta de Gastos Sanitarios inmediatamente antes del Evento Calificado, tras reflejar los débitos por reembolsos de atención sanitaria realizados hasta el Evento Calificado.

1.91 Normas electorales

Un. Alcance de la elección

Cada Beneficiario Calificado afectado tendrá generalmente un derecho independiente a elegir o rechazar la cobertura de continuación de COBRA bajo este Artículo VII; sin embargo, siempre que en caso de que un empleado o su cónyuge decida continuar la cobertura en nombre del otro o en nombre de cualquier otro beneficiario cualificado, dicha elección será vinculante para dicha otra parte; y se dispone además de que, en caso de que el Beneficiario Calificado sea menor o persona incapacitada, el padre o tutor legal de dicho menor o el representante legal de dicha persona incapacitada tendrá el derecho de elegir o rechazar la cobertura de continuación en nombre de dicho menor o persona incapacitada, y cualquier elección o rechazo de cobertura será vinculante para dicha menor o persona incapacitada. Cada beneficiario cualificado tiene derecho a una elección separada respecto a cualquier elección de coberturas disponibles bajo el Plan.

B. Después de los dependientes adquiridos

Un Beneficiario Calificado elegible para la cobertura de continuación de COBRA puede optar por cubrir a los Dependientes (según la definición de la Sección 7.2(B)) adquiridos después de la fecha de elegibilidad descrita en la Sección 7.3 en la misma medida que las Personas Cubiertas, siempre que el Empleador o el Administrador del Plan sea notificado de la elección para cubrir dichos Dependientes de la manera y dentro del plazo establecidos en un documento aplicable incorporado por referencia bajo el Plan, excepto que en ningún caso se requerirá notificación en un plazo inferior a 30 días. Dichos dependientes recién adquiridos, distintos de los Beneficiarios Calificados definidos en la Sección 7.2(C), no tendrán derecho independiente a la cobertura de continuación de COBRA. No notificar al Empleador o al Administrador del Plan dentro del plazo prescrito supondrá una renuncia al derecho a elegir la cobertura de continuación COBRA para dichos dependientes recién adquiridos.

C. Periodos de Inscripción Abierta

Durante un periodo de inscripción abierta que ocurra en el periodo de cobertura COBRA, un Beneficiario Calificado puede optar por cubrir a los Dependientes no cubiertos previamente, sujeto a los términos y condiciones establecidos en el documento aplicable incorporado por referencia bajo el Plan. Este apartado (C) no se aplicará a los beneficios de la Cuenta de Gastos Sanitarios.

D. Cobertura extendida pagada por el empleador

La cobertura pagada por el empleador proporcionada a un empleado que esté en una baja por discapacidad aprobada descrita en la Sección 3.3(B)(3) se realizará concurrentemente con la cobertura de continuación de COBRA. Si el empleado ya no está discapacitado y no regresa al trabajo al final de la baja, se le ofrecerá la cobertura de continuación COBRA según lo descrito en la Sección 3.3(B)(3).

1.92 Prima requerida

Para recibir la cobertura de continuación de COBRA, los Beneficiarios Calificados deberán acordar, mediante formularios proporcionados por el Administrador del Plan, pagar las primas requeridas al Plan y realizar dichos pagos de primas cuando y según sea necesario. Todas las primas, excepto la prima inicial, deberán ser pagadas el primer día del mes natural. La cantidad de la prima no superará el 102 por ciento del coste de la cobertura. En el caso de un Beneficiario Calificado que se determine bajo los Títulos I o XVI de la Ley de la Seguridad Social como incapacitado en cualquier momento dentro de los primeros 60 días de la cobertura de continuidad, el coste de la cobertura desde el mes 19 hasta el mes 29 de cobertura no será superior al 150 por ciento del coste de la cobertura. No obstante lo anterior, el coste de la cobertura no superará el máximo ni será modificado con más frecuencia de lo permitido por la ley.

1.93 Disposiciones Gubernamentales

Cuando las disposiciones para la cobertura de continuación de COBRA se establezcan en un Documento Incorporado aplicable, dicho Documento Incorporado aplicable prevalecerá, salvo en la medida en que dicho lenguaje no cumpla con los requisitos de la ley aplicable o no determine el derecho o responsabilidad de la parte, en cuyo caso prevalecerán las disposiciones de este Artículo VII.

ARTÍCULO VIII

APORTACIONES, FINANCIACIÓN Y ACTIVOS DEL PLAN

1.94 Contribuciones

Un. Contribuciones del empleador

El Empleador deberá realizar contribuciones o primas salariales por los beneficios listados en la Sección 4.4 a los planes patrocinados por el empleador a los que dichos beneficios sean deber, siempre que el Empleado Cubierto autorice Contribuciones a la Reducción Salarial en una cantidad correspondiente conforme a la Sección 8.1(B)(2).

El Empleador realizará contribuciones al Empleador para los beneficios listados en las Secciones 4.5 y 4.9 a los planes patrocinados por el Empleador a los que dichos beneficios deben corresponder.

A pesar de cualquier disposición contraria del Plan, el empleador no está obligado a contribuir al Plan una vez terminado salvo en la medida requerida para pagar las prestaciones pendientes en la fecha en que se adopte la terminación o, si es posterior, efectivas.

B. Reducción de salario y/o deducción salarial de contribuciones

Como condición para participar en el Plane, los empleados deben aceptar dirigir al empleador para:

1. no reducir su compensación ni proporcionar beneficios de pago de primas conforme a la Sección 4.4, o
2. reducir su compensación y realizar Contribuciones a la Reducción de Salario y/o Deducción de Salario a los planes que regulan sus beneficios seleccionados para el pago de primas.

Cualquier elección de beneficios por pago de prima será nula y sin valor salvo que el empleado autorice un Acuerdo de Reducción Salarial y/o un Acuerdo de Deducción Salarial según lo establecido aquí. Un empleador debe aceptar Contribuciones a la Reducción de Salario y/o Deducción de Salario y aplicarlas según se indique, salvo que el Empleador no puede aplicar una Contribución a la Reducción de Salario o una Contribución a la Deducción de Salario para un beneficio seleccionado de pago de prima a ningún otro beneficio de pago de prima, ni puede aplicarse una Contribución a la Reducción de Salario o una Contribución a la Deducción Salarial durante un año posterior del Plan a ningún plan participante que ofrezca beneficios o cobertura. Cualquier Acuerdo de Reducción Salarial y/o Acuerdo de Deducción Salarial se incorpora por referencia al Plan, como si estuviera establecido íntegramente en este lugar.

C. Prioridad de las contribuciones

Las contribuciones se considerarán primero de las cantidades aportadas por los empleados cubiertos y luego de las cantidades aportadas por el empleador.

D. de D. COBRA

En la medida en que un antiguo empleado, dependiente o cónyuge cubierto haya ejercido sus derechos de continuación bajo la Ley de Reconciliación Omnibus Consolidada de 1985 (COBRA) respecto a los beneficios descritos en las Secciones 4.4(A), (B), (C), (D) y 4.5(C), el Plan aceptará contribuciones de dichas personas como primas COBRA.

1.95 Financiación

A. Política de Financiación

El Empleador establecerá, llevará a cabo y podrá revisar periódicamente la política de financiación del Plan.

B. Mecanismo de financiación

Las contribuciones del Empleador y/o los Empleados pueden retenerse bajo o pagarse a uno o más de los siguientes vehículos: pólizas o acuerdos de seguro, acuerdos con organizaciones de mantenimiento de la salud o fondos fiduciarios establecidos por el Empleador. Además, las prestaciones pueden pagarse directamente de los activos generales del empleador. Los beneficios proporcionados a través del seguro o conforme a un acuerdo con una organización de mantenimiento de la salud solo serán pagados por la compañía de seguros que emita la póliza o por la organización de mantenimiento de la salud. El Empleador no tendrá responsabilidad por los beneficios proporcionados a través del seguro ni conforme a un acuerdo con una organización de mantenimiento de la salud.

1.96 Activos del Plan

El Empleador realizará pagos previstos en la Sección 8.1(A) de sus activos generales. El Empleador realizará los pagos previstos en las Secciones 8.1(B) y (D) recogiendo las contribuciones de los empleados y las contribuciones a COBRA, y transmitiendo dichas cantidades a o en nombre del plan de beneficios aplicable descrito en el Artículo IV.

1.97 Tratamiento de ciertos pagos de pólizas

Cuando una póliza de seguro o un contrato solo de servicios administrativos ("Contrato ASO") prevé el pago de primas o beneficios directamente del empleador, salvo que la póliza de seguro o el contrato ASO indiquen lo contrario, los dividendos, ajustes retroactivos de tasas, reembolsos o reembolsos por experiencia no son activos del plan. Salvo lo que requiera la ley aplicable, estos dividendos, ajustes retroactivos de tasas, reembolsos o reembolsos por experiencia son propiedad del empleador, que el empleador podrá conservar en la medida en que no superen las contribuciones agregadas del empleador al coste del Plan realizadas con sus propios fondos. Cualquier beneficio del Plan de Asistencia Familiar para Empleados ofrecido bajo este Plan

no es, ni será, financiado por otro plan de salud grupal ni por ninguna otra opción de beneficio dentro de este Plan. Además, todos los beneficios y/o primas del Plan de Asistencia Familiar para Empleados se pagarán únicamente con los activos generales del Empleador y no se pagarán con las contribuciones del Empleado.

ARTÍCULO IX

PROCEDIMIENTOS DE RECLAMACIÓN Y PAGO

1.98 Procedimientos Generales de Reclamaciones

Salvo lo que se disponga a continuación, las disposiciones de esta Sección se aplicarán a toda reclamación de un beneficio bajo el Plan, independientemente de la base alegada para la reclamación y sin importar cuándo se produjo el acto u omisión en el que se basa la reclamación.

Estas disposiciones no se aplicarán en la medida en que los procedimientos de reclamaciones y apelaciones se establezcan de forma diferente en un Documento Incorporado, salvo en la medida en que los procedimientos de reclamaciones y apelaciones establecidos en un Documento Incorporado no cumplan con los requisitos de la ley aplicable, en cuyo caso prevalecerán las disposiciones de este Artículo IX. Además, las disposiciones de este Artículo IX no deben interpretarse de modo que prevalezcan sobre las leyes estatales aplicables que protegen más los derechos de las Personas Cubiertas respecto a reclamaciones y apelaciones bajo planes ERISA, en la medida en que dichas leyes estatales no estén preemptadas por ERISA.

Solo con respecto a los beneficios descritos en la Sección 4.4(A), sin excepción de cualquier otra disposición del Plan que indique lo contrario, el Plan tiene la intención de cumplir con la Sección 2719 de la Ley de Servicios de Salud Pública, tal como se establece en la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio, y con todas las regulaciones y directrices emitidas en virtud de la misma.

Los procedimientos de reclamación para la Cuenta de Gastos de Cuidado de Dependientes deberán ser modificados en el Artículo VI del Apéndice A.

Los procedimientos de reclamación para la Cuenta de Gastos Sanitarios serán modificados en el Artículo VI del Apéndice B.

1.99 Administrador de reclamaciones

El Administrador del Plan y/o la Compañía tendrán la autoridad para nombrar, destituir y reemplazar a uno o más Administradores de Reclamaciones. Un Administrador de Reclamaciones tendrá los deberes, poderes y responsabilidades establecidos en este lugar. En ausencia de dicho nombramiento y salvo lo que se disponga a continuación, el Administrador del Plan también será el Administrador de la Reclamación.

Las reclamaciones relativas a beneficios proporcionados en base asegurada serán determinadas por la compañía de seguros que emita la póliza o el acuerdo como Administrador de Reclamaciones, salvo que, si el Empleador y la compañía de seguros así lo acuerdan por escrito, el Administrador del Plan mantendrá la autoridad final sobre la resolución de cualquier revisión conforme a la Sección 9.9.

Con respecto a las reclamaciones por prestaciones proporcionadas de forma autofinanciada, el Administrador del Plan mantendrá la autoridad final sobre la resolución de cualquier revisión conforme a la Sección 9.9, salvo que se delegue lo contrario a un Administrador de Reclamaciones en un Documento Incorporado.

1.100 Administración de Reclamaciones

El Administrador de Reclamaciones tendrá el deber de recibir y revisar las reclamaciones de prestaciones bajo el Plan; determinar qué cantidad, si es que hay alguna, es debida y pagadera según los términos y condiciones del Plan; realizar o autorizar desembolsos apropiados de pagos de prestaciones a las personas con derecho a ellos; informar a la Compañía o a cualquier otro tercero, según corresponda, sobre la cantidad de dichos beneficios; tomar decisiones sobre reclamaciones bajo los términos del Plan; y proporcionar una revisión completa y justa a cualquier persona cuya solicitud de prestaciones haya sido denegada total o parcialmente, salvo lo que se describe en la Sección 9.2 en lo que se aplica a las prestaciones autofinanciadas.

1.101 Reclamantes

Una Persona Cubierta (o su representante debidamente autorizado) puede presentar una reclamación por prestaciones a las que dicho reclamante crea tener derecho.

1.102 Formularios de reclamación

El Administrador de Reclamaciones deberá proporcionar al reclamante, previa solicitud, los formularios necesarios para presentar una solicitud de prestaciones bajo el Plan.

1.103 Fecha límite para presentar una reclamación

No se pagará ninguna reclamación de prestaciones a menos que el Administrador del Plan reciba una reclamación debidamente completada, incluyendo toda la documentación necesaria de los servicios o suministros recibidos, dentro del plazo establecido en el Documento Incorporado aplicable. No presentar un formulario de reclamación correctamente completado dentro del plazo prescrito no invalidará ni reducirá una reclamación si se demuestra que no era razonablemente posible presentar el formulario dentro de ese plazo y que se presentó lo antes posible.

1.104 Prueba de la reivindicación

Como condición para recibir una prestación del Plan y siempre que el Administrador del Plan determine que es razonablemente necesario, el solicitante debe presentar las pruebas que el Administrador del Plan deberá exigir que la reclamación sea reembolsable según los términos del Plan.

1.105 Decisión sobre la reclamación

Las siguientes normas se aplicarán a las reclamaciones presentadas respecto a un Beneficio ERISA bajo el Plan. Salvo que se especifique lo contrario en un Documento Incorporado aplicable, estos procedimientos de reclamación también se aplicarán a cualquier Beneficio no relacionado con ERISA bajo el Plan. Una "determinación adversa de beneficios" es una denegación, reducción o terminación de una prestación, la falta de proporcionar o pagar (total o parcialmente) una prestación, la denegación de participar en el Plan o la determinación adversa de la prestación por motivos de que el tratamiento es experimental, experimental o no médicamente necesario. Esto también incluye determinaciones sobre cuidados concurrentes. Con respecto a las reclamaciones de beneficios médicos bajo la Sección 4.4(A) únicamente, ciertas terminaciones retroactivas de cobertura bajo la Sección 4.4(A) se considerarán determinaciones adversas de prestaciones, independientemente de si existe o no un efecto adverso sobre cualquier beneficio en ese momento, en la medida requerida por la

ACA y según la interpretación de las directrices y regulaciones aplicables de las agencias gubernamentales pertinentes.

Un. Prestaciones distintas de salud y prestaciones por discapacidad.

Cada vez que un solicitante reciba una determinación adversa de prestaciones, distintas de prestaciones de salud y discapacidad como se describe en los párrafos B y C a continuación, se le dará un aviso por escrito de dicha acción dentro de un plazo razonable pero no más tarde de 90 días después de que el plan reciba la reclamación, salvo que circunstancias especiales requieran una prórroga del plazo para el tramitación. Si hay una prórroga, el solicitante será notificado de la prórroga y del motivo de la misma dentro del periodo inicial de 90 días. La prórroga no deberá exceder los 180 días posteriores a la presentación de la reclamación.

Si una reclamación es denegada, total o parcialmente, el solicitante será notificado por escrito de la determinación adversa de la prestación. El aviso de determinación adversa del beneficio deberá contener la siguiente información:

- a. la(s) razón(s) específica(s) de la determinación adversa del beneficio;
- b. una referencia a la(s) disposición(s) específica(s) del Plan en las que se basa la determinación adversa del beneficio;
- c. una descripción del material o información adicional necesaria para perfeccionar la afirmación y una explicación de por qué se necesita dicho material o información;
- d. una descripción de los procedimientos de reclamación y apelación del Plan y los plazos aplicables; y
- e. una declaración del derecho del demandante a interactuar una acción civil conforme al artículo 502(a) de ERISA una vez agotado el procedimiento de apelación del Plan (detallado a continuación).

B. Prestaciones por discapacidad.

Cada vez que un solicitante recibe una determinación adversa de prestaciones por discapacidad según lo descrito en las Secciones 4.4(F) y 4.5(D), se le dará un aviso por escrito de dicha acción en un plazo razonable, no más tardando 45 días después de que el plan reciba la reclamación, salvo que el Administrador de Reclamaciones determine que es necesaria una prórroga de hasta 30 días debido a asuntos fuera del control del Plan. Si hay una prórroga, el solicitante deberá ser notificado, antes de que expire el periodo inicial de 45 días, de las circunstancias que requieren la prórroga y de la fecha en la que el Plan espera emitir una decisión. El periodo de prórroga de 30 días queda suspendido hasta que el solicitante responda a cualquier solicitud de información. También se permite una segunda prórroga de 30 días si el Administrador de Reclamaciones determina que, debido a asuntos fuera del control del Plan, no se puede tomar una decisión dentro del primer periodo de prórroga. En ese caso, el demandante deberá ser notificado, antes de que finalice el primer periodo de prórroga de 30 días, de las circunstancias que requieran la prórroga y

de la fecha a partir de la cual el plan espera emitir una decisión. Dichas notificaciones de prórroga deberán explicar específicamente los criterios en los que se basa el derecho a una prestación, los asuntos no resueltos que impiden una decisión sobre la reclamación y la información adicional necesaria para resolver dichos asuntos. Al reclamante se le concederán al menos 45 días para proporcionar la información especificada.

Si una reclamación es denegada, total o parcialmente, el solicitante será notificado por escrito de la determinación adversa de la prestación. El aviso de determinación adversa del beneficio deberá contener la siguiente información:

- un. la(s) razón(s) específica(s) de la determinación adversa del beneficio;
- b. una referencia a la(s) disposición(s) específica(s) del Plan en las que se basa la determinación adversa del beneficio;
- c. una descripción del material o información adicional necesaria para perfeccionar la afirmación y una explicación de por qué se necesita dicho material o información;
- d. una descripción de los procedimientos de reclamación y apelación del Plan y los plazos aplicables;
- e. una declaración del derecho del demandante a interactuar una acción civil conforme al artículo 502(a) de ERISA después de que se haya agotado el procedimiento de apelación del Plan (detallado a continuación);
- f. una discusión de la decisión, incluyendo una explicación de la base para discrepar o no seguir (i) las opiniones presentadas por el solicitante al plan de discapacidad de los profesionales sanitarios que tratan al solicitante y de los profesionales vocacionales que evaluaron al solicitante; (ii) las opiniones de expertos médicos o vocacionales cuyo asesoramiento se obtuvo en nombre del plan de discapacidad en relación con la determinación adversa de prestación del solicitante, sin importar si el asesoramiento se utilizó para tomar la determinación del beneficio; y (iii) una determinación de discapacidad hecha por la Administración de la Seguridad Social y presentada por el solicitante al plan de discapacidad;
- g. si la determinación adversa del beneficio se basa en una necesidad médica o tratamiento experimental o en una exclusión o límite similar, ya sea una explicación del juicio científico o clínico de la determinación, la aplicación de los términos del plan de discapacidad a las circunstancias médicas del solicitante, o una declaración de que dicha explicación se proporcionará gratuitamente a petición;
- h. ya sea las normas internas específicas, directrices, protocolos, estándares u otros criterios similares del plan de discapacidad en los que se basó para tomar la determinación adversa de la prestación, o, alternativamente, una

declaración de que tales normas, directrices, protocolos, estándares u otros criterios similares del plan de discapacidad no existen; y

Yo. una declaración de que el solicitante tiene derecho a recibir, a petición y de forma gratuita, acceso razonable y copias de todos los documentos, registros y otra información relevante para la solicitud de prestaciones del reclamante.

C. Beneficios para la salud.

Las siguientes normas se aplicarán a los beneficios médicos, dentales, de visión, planes de asistencia al empleado y cuentas de gasto sanitario según se describan en las Secciones 4.4(A), (B), (C) y (D) y 4.5(C) y al Plan de Reembolso de Primas para Jubilados descrito en la Sección 4.9, salvo que las reclamaciones por prestaciones descritas en las Secciones 4.4(D) y 4.9 se considerarán solo "postservicio".

1. Reclamaciones de atención urgente – Reclamaciones para las que la aplicación de plazos no urgentes podría poner en serio peligro la vida o salud del paciente o su capacidad para recuperar su máxima función, o, según el juicio de un médico, someterían al paciente a un dolor intenso que no podría gestionarse adecuadamente de otro modo. El Plan deferirá a un proveedor adjunto para determinar si una reclamación médica conforme a la Sección 4.4(A) es urgente.

El Administrador de Reclamaciones notificará al solicitante la determinación del Plan no más tardar 72 horas después de recibir la reclamación, salvo que el solicitante no proporcione suficiente información para determinar si, o en qué medida, los beneficios están cubiertos o deben ser pagables bajo el Plan. En caso de tal incumplimiento, el Administrador de Reclamaciones deberá notificar al solicitante lo antes posible, pero no más tarde de 24 horas después de recibir la reclamación por parte del Plan, sobre la información específica necesaria para completar la reclamación. Al demandante se le concederá un tiempo razonable, teniendo en cuenta las circunstancias, pero no menos de 48 horas, para proporcionar la información especificada. El Administrador de Reclamaciones deberá notificar al solicitante la determinación del beneficio del Plan lo antes posible, pero no más tarde de 48 horas después de la recepción anticipada de la información especificada por parte del Plan o del fin del periodo concedido al solicitante para proporcionar la información adicional especificada.

2. Reclamaciones previas al servicio – Reclamaciones que deben decidirse antes de que un paciente tenga acceso a la atención sanitaria (por ejemplo, solicitudes de preautorización).

El Administrador de la Reclamación deberá notificar al reclamante la determinación del Plan a más tardar 15 días después de recibir la reclamación. Este periodo puede extenderse 15 días, siempre que el Administrador de la Reclamación o su delegado determine que es necesaria una prórroga debido a asuntos fuera del control del Plan y notifique al solicitante dentro del periodo inicial de las circunstancias que requieren la prórroga y la fecha en que el Plan espera emitir una decisión. Si dicha prórroga es necesaria debido a que el demandante no ha presentado la información necesaria para

decidir la reclamación, el aviso de prórroga describirá específicamente la información requerida. Si la reclamación se presenta de forma incorrecta, el Administrador de la Reclamación deberá notificar al solicitante lo antes posible, pero no más tarde de cinco (5) días después de recibir la reclamación por parte del Plan, de la información específica necesaria para completar la reclamación. El demandante dispondrá de al menos 45 días desde la recepción del aviso dentro del cual pueda proporcionar la información especificada.

3. Reclamaciones posteriores al servicio: reclamaciones relacionadas con el pago o reembolso de costes de atención médica ya proporcionada.

Para reclamaciones de salud no urgentes tras el servicio, el Plan dispone de hasta 30 días para evaluar y tramitar las reclamaciones. El periodo de 30 días comienza en la fecha en que se presenta la reclamación por primera vez. Este plazo puede extenderse 15 días más siempre que el Administrador de la Reclamación o su delegado determine que es necesaria una prórroga por cuestiones ajenas al control del Plan y notifique al solicitante dentro del periodo inicial, las circunstancias que requieren la prórroga y la fecha en que el Plan espera emitir una decisión. Además, el aviso de prórroga debe incluir los criterios en los que se basa el derecho a una prestación, los asuntos no resueltos que impiden una decisión sobre la reclamación y la información adicional necesaria para resolver dichos asuntos. El demandante dispondrá de al menos 45 días desde la recepción del aviso dentro del cual pueda proporcionar la información especificada.

4. Reclamaciones de Atención Concurrente – Reclamaciones en las que el Plan ha aprobado previamente un tratamiento durante un periodo de tiempo o para un número específico de tratamientos, y posteriormente el Plan reduce o termina la cobertura de esos tratamientos.

Las reclamaciones de cuidados concurrentes pueden entrar en cualquiera de las otras tres categorías, dependiendo de cuándo se presente la apelación. Sin embargo, el Plan debe dar al solicitante suficiente aviso previo para apelar la reclamación antes de que entre en vigor una decisión sobre cuidados concurrentes.

5. Notificación de denegación: aplicable a todas las reclamaciones de salud

En caso de una resolución adversa de la prestación, el reclamante recibirá notificación de dicha determinación.

Si una reclamación es denegada, total o parcialmente, el solicitante será notificado por escrito de la determinación adversa de la prestación. El aviso de determinación adversa del beneficio deberá contener la siguiente información:

- a. la(s) razón(s) específica(s) de la determinación adversa del beneficio;
- b. una referencia a la(s) disposición(s) específica(s) del Plan en las que se basa la determinación adversa del beneficio;

- c. una descripción del material o información adicional necesaria para perfeccionar la afirmación y una explicación de por qué se necesita dicho material o información;
- d. una descripción de los procedimientos de reclamación y apelación del Plan y los plazos aplicables;
- e. una declaración del derecho del demandante a interactuar una acción civil conforme al artículo 502(a) de ERISA después de que se haya agotado el procedimiento de apelación del Plan (detallado a continuación);
- f. si se utilizaron normas internas, directrices, protocolos o criterios similares como base para la determinación de beneficio adverso, ya sea la regla específica, directriz, protocolo u otro criterio similar o una declaración de que se pondrá a disposición una copia de dicha información gratuitamente a petición;
- g. para determinaciones de beneficios adversos 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 gratuita a petición; y
- h. Para determinaciones adversas relacionadas con atención urgente, el aviso también incluirá una descripción del proceso de revisión acelerada para dichas reclamaciones. Este aviso puede entregarse oralmente dentro del plazo del proceso acelerado, siempre que el aviso escrito se entregue como muy tarde 3 días después del aviso verbal.

Para reclamaciones de planes de salud grupales, el aviso de determinación adversa del beneficio deberá incluir información suficiente para identificar la reclamación implicada, incluyendo

- Yo. la fecha del servicio;
- j. el proveedor de atención sanitaria;
- k. el importe de la reclamación (si procede); y
- l. El código de denegación.

Además, para reclamaciones de planes de salud grupales, el aviso de determinación adversa de beneficios deberá incluir la siguiente información:

- m. una declaración de que los códigos de diagnóstico y tratamiento (y sus significados) deberán ser proporcionados a petición;
- n. el código de denegación y su significado, y una descripción del estándar del Plan utilizado para denegar la reclamación;

- o. a descripción de los procesos internos de apelación y revisión externa;
y
- p. **Derecho a apelar** La disponibilidad y la información de contacto de cualquier Oficina de Asistencia al Consumidor o Defensor del Pueblo aplicable para ayudar a las personas con los procesos internos de reclamaciones, apelaciones y revisión externa.

1.106

Un reclamante que haya recibido una determinación adversa de prestación tendrá derecho a apelar dicha determinación.

Las siguientes normas se aplicarán a las reclamaciones presentadas respecto a un beneficio ERISA bajo el Plan. Salvo que se especifique lo contrario en un Documento Incorporado aplicable, estas reglas de apelación de reclamaciones también se aplicarán a cualquier Beneficio no relacionado con ERISA bajo el Plan.

Un. Prestaciones distintas de salud o discapacidad.

Un solicitante que haya recibido una determinación adversa de prestaciones, distintas de las prestaciones de salud y discapacidad descritas en los párrafos B y C a continuación, o que se vea afectado negativamente por la acción del Administrador de la Reclamación, tendrá derecho a solicitar la revisión de la reclamación. Dicha solicitud debe ser por escrito y debe realizarse en un plazo de 60 días tras que dicho demandante sea informado de la acción del Administrador de la Reclamación. La revisión solicitada debe tener en cuenta todos los comentarios, documentos, registros y otra información presentada por el solicitante relacionada con la reclamación, sin importar si dicha información fue presentada o considerada en la determinación inicial del beneficio. Si no se presenta una solicitud por escrito de revisión dentro del plazo de 60 días, el reclamante perderá su derecho a revisar. El reclamante o un representante debidamente autorizado del reclamante podrá revisar toda la información relevante y presentar por escrito cuestiones, comentarios, documentos, registros y otra información por escrito.

El Administrador de Reclamaciones o el Administrador del Plan o su delegado, según corresponda, revisará entonces la reclamación. Puede celebrar una audiencia si lo considera necesario y emitirá una decisión por escrito que reafirma, modifica o anula su acción anterior en un plazo razonable, pero no más tarde de 60 días después de recibir la solicitud escrita de revisión, salvo que el Administrador del Plan determine que circunstancias especiales, como una audiencia, requieren una prórroga. El solicitante deberá ser notificado por escrito de cualquier prórroga en un plazo de 60 días posteriores a la solicitud de revisión, y dicha prórroga no deberá exceder los 60 días desde el final del periodo inicial.

Se proporcionará una copia de la resolución de revisión al demandante. Si la reclamación es denegada, el aviso de resolución de revisión deberá contener la siguiente información:

- a. la(s) razón(s) específica(s) de la determinación adversa del beneficio;

- b. una referencia a la(s) disposición(s) específica(s) del Plan en las que se basa la determinación adversa del beneficio;
- c. una declaración de que el demandante tiene derecho a recibir, a petición y de forma gratuita, acceso razonable y copias de toda la información relevante;
- d. una declaración del derecho del demandante a interponer una acción civil conforme al artículo 502(a) de ERISA;
- e. una descripción de cualquier procedimiento voluntario de apelación ofrecido por el Plan, si los hay; y
- f. una declaración de que el demandante tiene derecho a obtener información sobre el proceso voluntario de apelaciones, si la tiene, e información sobre cómo puede obtener información sobre opciones alternativas de resolución de disputas del Departamento de Trabajo o de reguladores estatales.

La decisión será definitiva y vinculante para el demandante y todas las demás personas o entidades implicadas, salvo en la medida en que el Plan prevea un procedimiento voluntario de apelación posterior a dicho proceso o que la decisión esté sujeta a revisión judicial.

B. Prestaciones por discapacidad.

Un solicitante que haya recibido una determinación adversa de prestaciones por discapacidad según lo descrito en las Secciones 4.4(F) y 4.5(D) o que se vea afectado negativamente por la acción del Administrador de Reclamaciones, tendrá derecho a solicitar la revisión de la reclamación. Dicha solicitud debe ser por escrito y debe realizarse en un plazo de 180 días tras que dicho reclamante sea informado de la acción del Administrador de la Reclamación. Si la solicitud por escrito de revisión no se presenta dentro del plazo de 180 días, el demandante perderá su derecho a revisar. El reclamante o un representante debidamente autorizado del reclamante podrá revisar toda la información relevante y presentar por escrito los problemas y comentarios.

El Administrador de Reclamaciones o el Administrador del Plan o su delegado, según corresponda, revisará entonces la reclamación. Emitirá una decisión por escrito reafirmando, modificando o anulando su acción anterior en un plazo razonable, pero no más tarde de 45 días tras recibir la solicitud por escrito de revisión, o 45 días adicionales si el Administrador del Plan determina que circunstancias especiales requieren una prórroga. El solicitante será notificado por escrito de cualquier prórroga antes de que expire el periodo inicial, y dicho aviso deberá indicar las circunstancias especiales que requieran una prórroga y la fecha en la que el Plan espera dictar la resolución en revisión. El periodo de prórroga queda suspendido hasta que el solicitante responda a cualquier solicitud de información.

Se proporcionará una copia de la resolución de revisión al demandante. Si la reclamación es denegada, el aviso de resolución de revisión deberá contener la siguiente información:

un.

la(s) razón(s) específica(s) de la determinación adversa del beneficio; Una discusión de la decisión, incluyendo una explicación de la base para no estar de acuerdo con o no seguir (i) las

- b. una referencia a la(s) disposición(s) específica(s) del Plan en las que se basa la determinación adversa del beneficio;
- c. una declaración de que el demandante tiene derecho a recibir, a petición y de forma gratuita, acceso razonable y copias de toda la información relevante;
- d. una declaración del derecho del demandante a interponer una acción civil conforme al artículo 502(a) de ERISA. La declaración describirá cualquier plazo contractual aplicable que se aplique al derecho del demandante a interponer una acción, incluyendo la fecha calendario en la que expira el plazo contractual para la reclamación;
- e. una descripción de cualquier procedimiento voluntario de apelación ofrecido por el Plan, si los hay;
- f. una declaración de que el demandante tiene derecho a obtener información sobre el proceso de apelación voluntaria, si la tiene, e información sobre cómo puede obtener información sobre opciones alternativas de resolución de conflictos del Departamento de Trabajo o de reguladores estatales;
- g. si se utilizaron normas internas, directrices, protocolos o criterios similares como base para la determinación de beneficio adverso, ya sea la regla específica, directriz, protocolo u otro criterio similar o una declaración de que se pondrá a disposición una copia de dicha información gratuitamente a petición;
- h. para determinaciones de beneficios adversos 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 gratuita a petición, y

explicación de la(s) razón(s) específica(s) de la determinación adversa del beneficio; Una discusión de la decisión, incluyendo una explicación de la base para no estar de acuerdo con o no seguir (i) las

i.

Al decidir una apelación de cualquier determinación adversa de beneficios basada total o parcialmente en una sentencia médica, el Administrador del Plan o el Administrador de Reclamaciones consultará con un profesional sanitario que tenga la formación y experiencia adecuadas en el campo de la medicina involucrado en el fallo médico, y dicho individuo no debe haber sido consultado en relación con la determinación de beneficios adversos objeto de la apelación ni subordinado de ninguna. Qué individuo. Al decidir una apelación, no se concederá deferencia a la determinación inicial de beneficio adverso y la revisión de la apelación será realizada por un fiduciario designado apropiado del Plan, que no sea ni la persona que hizo la determinación adversa de beneficio objeto de la apelación ni subordinado de dicha persona.

El Administrador de Reclamaciones se asegurará de que todas las reclamaciones y apelaciones internas de prestaciones por discapacidad se gestionen de manera imparcial. El Administrador de Reclamaciones garantizará la independencia e imparcialidad de las personas implicadas en la toma de la decisión. Por tanto, no deben tomarse decisiones sobre contratación, compensación, promoción por terminación u otros asuntos similares respecto a cualquier individuo (como un adjudicador de reclamaciones o un experto médico) basándose en la probabilidad de que la persona apoye una determinación adversa de beneficios. El Administrador de Reclamaciones garantizará que los profesionales sanitarios consultados no sean elegidos en función de la reputación del experto en los resultados en casos impugnados, y no en función de sus cualificaciones.

Antes de decidir una apelación, el Administrador de Reclamaciones debe proporcionar al reclamante cualquier prueba nueva o adicional considerada, en la que se haya basado o generado por el Plan (o bajo la dirección del Plan) en relación con la reclamación.

En relación con una apelación interna de una reclamación por discapacidad, el reclamante podrá revisar su expediente y presentar información como parte de la revisión. Antes de tomar una **decisión de prestación en revisión**, el Administrador de Reclamaciones deberá proporcionar al reclamante cualquier evidencia nueva o adicional considerada o generada por el Plan, así como cualquier justificación nueva o adicional que se utilice para tomar la decisión. El demandante recibirá esta información antes de la fecha en que se emita la notificación de la decisión final de apelación para darle al demandante una oportunidad razonable de responder.

En el caso de las reclamaciones por discapacidad, si el Plan no cumple estrictamente con todos los requisitos del proceso interno de reclamaciones y apelaciones respecto a la solicitud, se considera que el solicitante ha agotado el proceso interno de reclamaciones y apelaciones y puede interactuar en virtud de la Sección 502(a) de ERISA antes de que se complete el proceso interno de apelaciones del Plan. Sin embargo, esto no se aplicará si el error fue de minimis, si el error no causa daño al demandante, si el error se debió a causa justificada 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, el reclamante puede volver a presentar la reclamación para revisión interna y puede pedir al Plan que explique por qué el error es menor y por qué cumple esta excepción.

La decisión será definitiva y vinculante para el demandante y todas las demás personas o entidades implicadas, salvo en la medida en que el Plan prevea un procedimiento voluntario de apelación posterior a dicho proceso o que la decisión esté sujeta a revisión judicial.

C. Beneficios para la salud.

Un solicitante que haya recibido una determinación adversa de prestación por beneficios médicos, dentales, de visión, de planes de asistencia al empleado, de la cuenta de gastos sanitarios según lo descrito en las Secciones 4.4(A), (B), (C), (D) y 4.5(C) o el Plan de Reembolso de Primas para Jubilados según la Sección 4.9, o que se vea afectado negativamente por la acción del Administrador de Reclamaciones, tendrá derecho a solicitar la revisión de la reclamación. Dicha solicitud debe ser por escrito y debe realizarse en un plazo de 180 días tras que dicho reclamante sea informado de la acción del Administrador de la Reclamación. Si la solicitud por escrito de revisión no se presenta dentro del plazo de 180 días, el demandante perderá su derecho a revisar. El reclamante o un representante debidamente autorizado del reclamante podrá revisar toda la información relevante y presentar por escrito los problemas y comentarios.

El Administrador de Reclamaciones o el Administrador del Plan o su delegado, según corresponda, revisará entonces la reclamación. Emitirá una decisión por escrito reafirmando, modificando o anulando su acción anterior en un plazo razonable, pero no más tarde de:

1. Para reclamaciones médicas urgentes, lo antes posible teniendo en cuenta la situación médica, pero a más tardar 72 horas,
2. para reclamaciones previas al servicio, dentro de un plazo razonable dado la situación médica, pero no más tarde de 30 días (o 15 días después de cada apelación si hay dos apelaciones obligatorias),
3. Para reclamaciones posteriores al servicio, dentro de un plazo razonable, pero no más tarde de sesenta (60) días tras recibir la solicitud de revisión (o 30 días después de cada apelación si hay dos apelaciones obligatorias).

Si la reclamación del plan de salud grupal es urgente o requiere un tratamiento continuo, el solicitante puede iniciar una revisión externa acelerada, tal como se describe en la Sección 9.10, antes de que se complete el proceso interno de apelación del Plan.

La cobertura del plan de salud grupal según lo descrito en la Sección 4.4(A) continuará hasta que se resuelva una apelación interna.

Se proporcionará una copia de la resolución de revisión al demandante. Si la reclamación es denegada, el aviso de resolución de revisión deberá contener la siguiente información:

- un. la(s) razón(s) específica(s) de la determinación adversa del beneficio;
- b. una referencia a la(s) disposición(s) específica(s) del Plan en las que se basa la determinación adversa del beneficio;
- c. una declaración de que el demandante tiene derecho a recibir, a petición y de forma gratuita, acceso razonable y copias de toda la información relevante;
- d. una declaración del derecho del demandante a interponer una acción civil conforme al artículo 502(a) de ERISA;
- e. una descripción de cualquier procedimiento voluntario de apelación ofrecido por el Plan, si los hay;
- f. una declaración de que el demandante tiene derecho a obtener información sobre el proceso de apelación voluntaria, si la tiene, e información sobre cómo puede obtener información sobre opciones alternativas de resolución de conflictos del Departamento de Trabajo o de reguladores estatales;
- g. si se utilizaron normas internas, directrices, protocolos o criterios similares como base para la determinación de beneficio adverso, ya sea la regla específica, directriz, protocolo u otro criterio similar o una declaración de que se pondrá a disposición una copia de dicha información gratuitamente a petición;
- h. para determinaciones de beneficios adversos 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 gratuita a petición; y
- i. Para determinaciones adversas relacionadas con atención urgente, el aviso también incluirá una descripción del proceso de revisión acelerada para dichas reclamaciones. Este aviso puede entregarse oralmente dentro del plazo del proceso acelerado, siempre que el aviso escrito se entregue como muy tarde 3 días después del aviso verbal.

Para reclamaciones de planes de salud grupales, el aviso de determinación adversa del beneficio deberá incluir información suficiente para identificar la reclamación implicada, incluyendo

- un. la fecha de servicio;
- b. el proveedor de atención sanitaria;

c. el importe de la reclamación (si procede); y

d. El código de denegación.

Además, para reclamaciones de planes de salud grupales, el aviso de determinación adversa de beneficios deberá incluir la siguiente información:

e. una declaración de que se proporcionarán códigos de diagnóstico y tratamiento (y sus significados) a petición;

f. el código de denegación y su significado, así como una descripción del estándar del Plan utilizado para denegar la reclamación. En caso de una determinación final de beneficio adverso, la descripción debe incluir una discusión de la decisión;

g. una descripción de los procesos de revisión externa; y

h. La disponibilidad y la información de contacto de cualquier Oficina de Asistencia al Consumidor o Defensor del Pueblo aplicable para ayudar a las personas con los procesos internos de reclamaciones, apelaciones y revisión externa.

A petición del demandante, el Plan previrá la identificación de expertos cuyo asesoramiento se haya obtenido en nombre del Plan en relación con una resolución adversa, sin tener en cuenta si el asesoramiento se ha tenido en cuenta para tomar la decisión.

Al decidir una apelación de cualquier determinación adversa de beneficio basada total o parcialmente en un fallo médico, el Administrador del Plan o el Administrador de Reclamaciones deberá consultar con un profesional sanitario que tenga la formación y experiencia adecuadas en el campo de la medicina involucrado en el fallo médico, y dicho individuo no debe haber sido consultado en relación con la determinación de beneficio adverso objeto de la apelación ni subordinado de ninguno. Al decidir una apelación, no se concederá deferencia a la determinación inicial de beneficio adverso y la revisión de la apelación será realizada por un fiduciario designado correspondiente del Plan, que no sea ni la persona que hizo la determinación adversa de beneficio objeto de la apelación ni subordinado de dicha persona.

El Administrador de Reclamaciones se asegurará de que todas las reclamaciones y apelaciones internas de beneficios de planes de salud colectivos se gestionen de manera imparcial. El Administrador de Reclamaciones garantizará la independencia e imparcialidad de las personas implicadas en la toma de la decisión. Por tanto, no deben tomarse decisiones sobre contratación, compensación, promoción por terminación u otros asuntos similares respecto a cualquier individuo (como un adjudicador de reclamaciones o un experto médico) basándose en la probabilidad de que la persona apoye una determinación adversa de beneficios. El Administrador de Reclamaciones garantizará que los profesionales sanitarios consultados no sean elegidos en función de la reputación

del experto en los resultados en casos impugnados, y no en función de sus cualificaciones.

Antes de decidir una apelación, el Administrador de Reclamaciones debe proporcionar al reclamante cualquier prueba nueva o adicional considerada, en la que se haya basado o generado por el Plan (o bajo la dirección del Plan) en relación con la reclamación.

En relación con una apelación interna de una reclamación grupal de un plan de salud, el solicitante podrá revisar su expediente y presentar información como parte de la revisión. Antes de tomar una decisión de prestación en revisión, el Administrador de Reclamaciones deberá proporcionar al reclamante cualquier evidencia nueva o adicional considerada o generada por el Plan, así como cualquier justificación nueva o adicional que se utilice para tomar la decisión. El demandante recibirá esta información antes de la fecha en que se emita la notificación de la decisión final de apelación para darle al demandante una oportunidad razonable de responder.

En el caso de reclamaciones grupales de planes de salud, si el Plan no cumple estrictamente con todos los requisitos del proceso interno de reclamaciones y apelaciones respecto a la reclamación, se considera que el solicitante ha agotado el proceso interno de reclamaciones y apelaciones y puede solicitar una revisión externa acelerada antes de que se complete el proceso interno de apelaciones del Plan. Sin embargo, esto no se aplicará si el error fue de minimis, si el error no causa daño al demandante, si el error se debió a causa justificada 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, el reclamante puede volver a presentar la reclamación para revisión interna y puede pedir al Plan que explique por qué el error es menor y por qué cumple esta excepción.

La decisión será definitiva y vinculante para el demandante y todas las demás personas o entidades implicadas, salvo en la medida en que el Plan prevea un procedimiento voluntario de apelación posterior a dicho proceso o que la decisión esté sujeta a revisión judicial.

1.107 Derecho a una revisión externa de reclamaciones

En la medida requerida por la ACA, y según lo interpretado por las directrices y regulaciones aplicables de las agencias gubernamentales pertinentes, las siguientes normas se aplicarán a las reclamaciones presentadas de prestaciones conforme a la Sección 4.4(A) del Plan. La presente Sección 9.10 no debe interpretarse como que otorga a los reclamantes derechos a revisión externa más allá de lo expresamente exigido por la ACA, y según lo interpretado por las directrices y regulaciones aplicables de las agencias gubernamentales pertinentes. Esta Sección 9.10 no se aplica a ningún otro beneficio ofrecido bajo el Plan.

El reclamante tendrá derecho a solicitar una revisión externa de (i) una reclamación médica que implique juicio médico, según lo determine el revisor externo, (ii) una determinación adversa de beneficios que implique la consideración de si el Plan cumple con las protecciones de facturación sorpresa y costes compartidos establecidas en las secciones 716 y 717 de ERISA, o (iii) una rescisión, siempre que el

solicitante solicite la revisión externa dentro de los cuatro (4) meses siguientes a la fecha de recepción de una determinación adversa de la prestación (o una determinación final interna adversa de la prestación). Si se considera que la solicitud del solicitante para una revisión externa es elegible para dicha revisión, una organización independiente de revisión revisará la decisión del Administrador de Reclamaciones y proporcionará al reclamante una determinación por escrito, tal como se describe en los Documentos Incorporados.

La decisión de revisión externa es vinculante para el reclamante y el Plan, salvo en la medida en que existan otros recursos disponibles bajo la ley federal.

El proceso de revisión externa no se aplica a una determinación adversa de beneficios o a una determinación final interna de beneficios adversos que no esté relacionada con juicio médico, facturación sorpresa o protecciones de costes compartidos bajo las secciones 716 y 717 de ERISA, ni con la rescisión.

1.108 Recurso legal

Antes de iniciar un recurso legal, el demandante deberá agotar primero todos los procedimientos de reclamaciones, revisiones y apelaciones requeridos por el Plan. Cualquier demanda que un reclamante presente para obtener beneficios del Plan debe presentarse en un plazo de 36 meses desde la fecha en que se incurra la reclamación bajo el Plan.

1.109 Reclamaciones de responsabilidad de terceros

A. La presente Sección 9.12 se referirá a los beneficios del Plan por lesiones o enfermedades de Personas Cubiertas relacionadas con acciones u omisiones de terceros. En la medida en que existan cláusulas contradictorias de subrogación o recuperación en un contrato de seguro que sea un Documento Incorporado, dichas disposiciones del contrato de seguro prevalecerán.

B. Subrogación

Si una Persona Cubierta resulta lesionada o enferma debido a las acciones u omisiones de un tercero, el Plan tendrá derecho a presentar una reclamación contra el tercero por los gastos pagados por el Plan relacionados con dicha lesión o enfermedad. Si así lo solicita el Administrador de la Reclamación, la Persona Cubierta (o si es menor, su padre o tutor legal) deberá:

1. proporcionar pruebas, satisfactorias para el Administrador de la Reclamación, de que ningún derecho, reclamación, interés o causa de acción contra un tercero ha sido, ni será, deshabilitado o liberado sin el consentimiento escrito del Administrador de la Reclamación;
2. firmar un acuerdo escrito cediendo al Plan todos los derechos, reclamaciones, intereses y causas de acción que la Persona Cubierta tenga contra un tercero en relación con los gastos pagados por el Plan;

3. autorizar al Plan, por escrito, a demandar, comprometer o liquidar, en nombre de la Persona Cubierta o de otro tipo, todos los derechos, reclamaciones, intereses o causas de acción en la medida de los beneficios pagados por el Plan y no hará nada que perjudique los derechos otorgados al Plan bajo esta sección; y
4. se comprometen, por escrito, a asistir al Plan en la impugnación de cualquier derecho, interés, reclamación o causa de acción que se haya asignado al Plan contra un tercero, incluyendo, si lo solicita el Administrador de Reclamaciones o el Administrador del Plan, la institución de un procedimiento formal contra un tercero.

C. Derecho de Recuperación del Plan

Si una Persona Cubierta resulta lesionada o enferma debido a las acciones u omisiones de un tercero, el Plan tendrá derecho a recuperar los gastos relacionados del Plan a partir de cualquier pago realizado por (o en nombre de) el tercero (ya sea mediante demanda, acuerdo o de otro tipo) a una Persona Cubierta (o a su cesionario). El derecho de recuperación del Plan se aplica en la medida en que el Plan haya pagado los gastos relacionados con la lesión o enfermedad, independientemente de si algún acuerdo relacionado u otro pago de terceros establece que el pago (total o parcial) es para gastos sanitarios. Al aceptar beneficios del Plan para pagar tratamientos, dispositivos u otros productos u servicios relacionados con dicha lesión o enfermedad, la Persona Cubierta acepta colocar dichos pagos de terceros en la cuenta identificable separada de la Persona Cubierta (en una cantidad igual a los gastos relacionados pagados por el Plan o, si es menor, la totalidad del pago de terceros) y que el Plan tenga un gravamen equitativo sobre dichos fondos, sin importar si la Persona Cubierta ha sido indemnizada total o íntegramente por la lesión o enfermedad. La Persona Cubierta también acepta actuar como fideicomisario constructivo sobre los fondos hasta el momento en que se paguen al Contrato. La Persona Cubierta además acepta cooperar con los esfuerzos de recuperación del Plan y no hacer nada que perjudique los derechos de recuperación del Plan. El Plan no está obligado a participar ni contribuir a ningún gasto o honorario (incluidos honorarios y costes de abogado) incurrido para obtener los fondos.

D. Ejecución de los derechos de subrogación y recuperación del Plan

Si es necesario que el Plan inicie procedimientos contra la Persona Cubierta por no reembolsar el Plan o por respetar el interés equitativo del Plan en obtener las cantidades descritas en esta Sección 9.12, la Persona Cubierta será responsable de los costes de cobro relacionados con dicha incumplimiento, incluidos los honorarios razonables de un abogado.

El Plan tendrá derecho a compensar beneficios futuros a los que un reclamante (o una Persona Cubierta a través de la cual obtenga su reclamación) pueda tener derecho, hasta que el Plan reciba la cantidad que le corresponde al Plan según esta Sección 9.12, más intereses.

Los derechos del Plan bajo esta Sección 9.12 serán exigibles independientemente de si el tercero admite la responsabilidad por la lesión o enfermedad a una Persona Cubierta, y seguirán siendo exigibles contra los herederos y el patrimonio de cualquier Persona Cubierta.

1.110 Procedimientos de pago

A. Pago de la reclamación

Sujeto a la Sección 12.4, las prestaciones deberán ser pagaderas al reclamante una vez establecido el derecho a dicho derecho. No obstante lo anterior, si un reclamante es declarado en bancarrota o pretende anticipar, alienar, vender, transferir, ceder, empeñar, gravar o cobrar cualquier beneficio pagadero bajo el Plan, voluntaria o involuntariamente, el Administrador del Plan, a su exclusiva discreción, podrá mantener o hacer que se retenga, o aplicar dicho pago de beneficio, o parte de él, en beneficio de dicho reclamante que el Administrador del Plan considere apropiado.

B. Facilidad de pago

Si un solicitante fallece antes de que se hayan pagado todas las cantidades a pagar bajo el Plan, o si el Administrador del Plan determina que el solicitante es menor o es incompetente o incapaz de ejecutar un recibo válido y no se ha nombrado tutor ni representante legal, o si el solicitante no proporciona al Plan una dirección de reenvío, la cantidad que de otro modo se pague al reclamante podrá ser pagada a cualquier otra persona o institución que el Administrador del Plan determine razonablemente que tenga derecho equitativo y sin perjuicio por ello. Cualquier pago realizado conforme a esta disposición cumplirá con la obligación del Plan conforme a dicha medida.

C. Pérdida

El Administrador del Plan tomará medidas razonables para determinar el paradero del solicitante y así afectar la prestación de los beneficios pagaderos bajo el Plan. Si un solicitante no ha cobrado las prestaciones que le corresponden en los 15 meses siguientes a la fecha en que se presentó la solicitud, el Administrador del Plan podrá, tres meses después de enviar por correo certificado una notificación escrita de prestaciones a la última dirección conocida de dicho solicitante según conste en los registros del Administrador, considerar renunciado al derecho del reclamante a dicho beneficio. Con dicha exención, el Plan no tendrá ninguna responsabilidad por el pago del beneficio que de otro modo sería pagadero.

ARTÍCULO X

ADMINISTRACIÓN

1.111 Administrador del Plan

La Compañía nombrará a una persona, entidad o comité para que actúe como Administrador del Plan. En ausencia de dicho nombramiento, la Compañía será el Administrador del Plan. El Administrador del Plan será el "fiduciario designado" para los fines de ERISA.

1.112 Funciones del Administrador del Plan

El Administrador del Plan deberá:

- A. gestionar y llevar a cabo la operación y administración del Plan conforme a los términos del Plan y para beneficio exclusivo de los empleados cubiertos;
- B. mantener:
 - 1. los registros y datos necesarios o deseables para el correcto funcionamiento y administración del Plan, y
 - 2. la documentación que regula el Plan para su inspección por parte de cualquier persona que participe o sea elegible para participar en el Plan;
- C. notificar a los empleados elegibles para participar en el Plan de:
 - 1. la disponibilidad y los términos del Plan,
 - 2. los beneficios del pago de la prima disponibles para la elección,
 - 3. las cantidades anuales máximas anuales de contribución por reducción salarial y/o deducción salarial para cada beneficio disponible de pago de prima, y
 - 4. los procedimientos para inscribirse, hacer y cambiar elecciones;
- D. proporcionar a los empleados elegibles los formularios y acuerdos que deban completar;
- E. preparar y presentar todos los informes o declaraciones anuales, descripciones de los planes, estados financieros y otros documentos requeridos por la ley o bajo los términos del Plan; y
- F. registrar sus actos y determinaciones del empleador respecto al Plan y conservar estos registros bajo su custodia.

1.113 Poderes del administrador del plan

Salvo que se limite expresamente o reserve en el Plan a la Compañía o a un Empleador, el Administrador del Plan tendrá derecho a ejercer, de manera uniforme y no discriminatoria,

plena discreción respecto a la administración, funcionamiento e interpretación del Plan. Sin limitar la generalidad de los derechos anteriores, el Administrador del Plan tendrá pleno poder y autoridad discrecional para:

- A. exigir a cualquier persona que proporcione la información que el Administrador del Plan pueda solicitar de vez en cuando y con la frecuencia que el Administrador del Plan considere razonablemente necesaria para la correcta administración del Plan y como condición para que la persona reciba beneficios bajo el Plan;
- B. elaborar y hacer cumplir las normas y prescribir el uso de los formularios que el Administrador del Plan considere razonablemente necesarios para la correcta administración del Plan;
- C. interpretar el Plan y decidir todas las cuestiones que surjan bajo el Plan, incluido el derecho a remediar posibles ambigüedades, inconsistencias u omisiones;
- D. resolver todas las cuestiones relativas a la elegibilidad de cualquier individuo para participar, estar cubierto por y recibir beneficios bajo el Plan conforme a las disposiciones del Plan;
- E. determinar si se han cumplido los criterios objetivos establecidos en el Plan respecto a alguna cláusula, condición, limitación, exclusión y restricción o renuncia a la misma;
- F. determinar la cantidad de beneficios a pagar, si los hay, a cualquier persona o entidad conforme a las disposiciones del Plan; informar al Empleador o a cualquier otro tercero, según corresponda, sobre la cantidad de dichos beneficios; tomar decisiones sobre reclamaciones bajo los términos del Plan; y proporcionar una revisión completa y justa a cualquier individuo cuya reclamación de prestaciones haya sido denegada total o parcialmente;
- G. delegar a otra(s) persona(s) cualquier deber que de otro modo sería responsabilidad fiduciaria del Administrador del Plan según los términos del Plan;
- H. contratar los servicios de la(s) persona(s) y entidad(es) o entidades que considere razonablemente necesarias o apropiadas en relación con la administración del Plan;
- Yo. realizar las modificaciones administrativas o técnicas al Plan que sean razonablemente necesarias o apropiadas para llevar a cabo la intención del Empleador, incluyendo aquellas que sean necesarias o apropiadas para cumplir los requisitos del Código y ERISA y las normas y reglamentos vigentes de vez en cuando bajo dichas leyes, o para conformar el Plan con otras regulaciones o políticas gubernamentales; y
- J. pagar todos los gastos razonables y apropiados incurridos en relación con la gestión y administración del Plan, incluyendo, pero no limitándose a, primas u otras consideraciones pagaderas bajo el Plan, así como honorarios y gastos de cualquier actuario, contable, asesor legal u otro especialista contratado por el Administrador del Plan.

1.114 Finalidad de las decisiones

El Administrador del Plan tendrá pleno poder, autoridad y discreción para hacer cumplir, interpretar, interpretar y administrar el Plan. Todas las decisiones y determinaciones del Administrador del Plan respecto a cualquier asunto aquí establecido serán concluyentes y vinculantes para las Personas Cubiertas y todas las demás partes interesadas.

1.115 Compensación y fianza del administrador del plan

Salvo que la Compañía acuerde lo contrario, el Administrador del Plan servirá sin compensación por los servicios en tal, pero todos los gastos razonables incurridos en el desempeño de las funciones del Administrador del Plan serán pagados según lo especificado en la Sección 12.17. Salvo que la Compañía determine lo contrario o que lo requiera la ley federal o estatal, el Administrador del Plan no estará obligado a proporcionar fianzas u otra garantía en ninguna jurisdicción.

1.116 Seguro de responsabilidad civil

La Compañía puede obtener cobertura de responsabilidad civil a cargo de la Compañía para asegurar a cualquier empleado que ejerza como Administrador del Plan frente a la responsabilidad legal que pueda derivar de ser el Administrador del Plan o de desempeñar sus funciones.

1.117 Poderes reservados

La Compañía se reserva los poderes, entre otros:

- A. adoptar el Plan;
- B. para enmendar, terminar o fusionar el Plan según el Artículo XI; y
- C. para nombrar y destituir a cualquier Administrador de Reclamaciones o Administrador de Planes.

ARTÍCULO XI

ENMIENDA, TERMINACIÓN O FUSIÓN DEL PLAN

1.118 Derecho a modificar el plan

Excepto lo dispuesto en la Sección 11.3, la Compañía se reserva el derecho ilimitado de modificar el Plan de cualquier manera. Cualquier enmienda al Plan será por escrito y será adoptada por la Compañía de acuerdo con sus procedimientos habituales. Sin embargo, el Administrador del Plan tendrá la autoridad para modificar el Plan para cumplir con la legislación o regulación aplicable o para reflejar la intención de la Compañía.

1.119 Derecho a terminar o fusionar el plan

No obstante que el Plan se establezca con la intención de mantenerse indefinidamente, la Compañía (o su representante debidamente autorizado) se reserva el derecho ilimitado de terminar o fusionar el Plan. Cualquier terminación o fusión del Plan será por escrito y será adoptada por el representante debidamente autorizado de la Compañía actuando de acuerdo con sus funciones habituales con la Compañía.

1.120 Efecto de la enmienda, terminación o fusión

Cualquier enmienda, terminación o fusión del Plan será efectiva en la fecha que determine la Compañía, salvo que ninguna enmienda, terminación o fusión podrá ser retroactiva salvo que sea remediable para cumplir con una ley o requisito regulatorio al que esté sujeto la Compañía o el Plan.

ARTÍCULO XII

MISCELÁNEO

1.121 Sin derechos laborales

El Plan es un compromiso voluntario del Empleador y no constituye un contrato con ninguna persona. El Plan no es un incentivo ni una condición para el empleo de un empleado con ningún empleador. Ni el establecimiento del Plan, ni ninguna modificación del mismo, ni ningún pago conforme al presente se interpretará como otorgar a ningún Empleado o a cualquier otra persona derechos legales o equitativos contra su Empleador, la Compañía o sus accionistas, directores, funcionarios, empleados o agentes, ni como otorgar a cualquier persona el derecho a ser retenido en el empleo del Empleador.

1.122 Derechos exclusivos

Ningún individuo tendrá derecho a beneficios bajo el Plan salvo lo especificado aquí; y en ningún caso ningún derecho a los beneficios bajo el Plan será o adquirirá. Este Plan no garantiza la continuidad de ningún beneficio o cobertura ofrecido a través del Plan.

1.123 Sin derechos de propiedad

Nadie tiene derecho, título o interés en los bienes de la Empresa o del Empleador en virtud del Sistema, ni nadie tiene derecho a intereses sobre los importes de los beneficios que puedan asignarse o estar disponibles para él.

1.124 No se concede cesión de prestaciones

Salvo lo dispuesto en la Sección 9.13, los beneficios pagaderos bajo el Plan no estarán sujetos de ninguna manera a anticipación, alienación, venta, transferencia, cesión, prenda, carga o carga de ningún tipo, y cualquier intento de llevarlos a cabo será nulo. No obstante lo anterior, una Persona Cubierta puede ordenar, por escrito, que los beneficios que le corresponden se paguen en su lugar a una institución en la que esté o haya estado hospitalizada, a un proveedor de servicios o suministros médicos o dentales que le sean suministrados o a ser suministrados, o a una persona o entidad que haya proporcionado o pagado, o acordaron proporcionar o pagar cualquier beneficio pagadero bajo el Sistema. El Plan se reserva el derecho de realizar pagos directamente a la Persona Cubierta. Ningún pago por parte del Plan conforme a dicha dirección y cesión será considerado como reconocimiento por parte del Plan de un deber u obligación de pagar a un proveedor de servicios o suministros médicos o dentales salvo en la medida en que el Plan realmente decida hacerlo.

1.125 Derecho a compensar pagos futuros

En caso de que un pago o la cantidad de un pago se realice erróneamente a una persona, el Plan tendrá derecho a reducir los pagos futuros a pagar a o en nombre de dicha persona por la cantidad del pago erróneo o en exceso. Este derecho a compensar no limitará el derecho del Plan a recuperar un pago erróneo o excesivo de ninguna otra manera.

1.126 Derecho a Recuperar Pagos

Siempre que el Plan haya realizado un pago, incluidos pagos erróneos, por un importe total superior al pagadero bajo el Plan, independientemente de a quién se haya pagado, el Plan tendrá derecho a recuperar dichos pagos, en la medida del exceso, de la persona a la persona o para quien se realizó el pago.

1.127 Tergiversación o fraude

Una Persona Cubierta que reciba beneficios bajo el Plan como resultado de información falsa, incompleta o incorrecta, o de una representación engañosa o fraudulenta puede estar obligada a devolver todas las cantidades pagadas por el Plan y puede ser responsable de todos los costes de cobro, incluidos honorarios de abogados y costes judiciales. El Administrador del Plan decidirá estos asuntos caso por caso. Se puede pedir a un empleado que aporte prueba de elegibilidad para sus dependientes. La información falsa o tergiversada de elegibilidad podría provocar que tanto la cobertura del empleado como la de sus dependientes terminen de forma irrevocable (retroactivamente en la medida permitida por la ley), y podría ser motivo de disciplina para el empleado hasta una despido incluido. No proporcionar un aviso oportuno de pérdida de elegibilidad se considerará una declaración intencionada errónea.

1.128 Acción judicial

Antes de emprender acciones legales, una persona que reclama los beneficios del Plan o busca reparación relacionada con el Plan debe agotar primero los procedimientos de reclamación, revisión y apelación del Plan. Salvo que la ley disponga lo contrario, la Compañía y el Administrador del Plan son las únicas partes necesarias en cualquier acción o procedimiento que implique al Plan o su administración. Ningún empleado, empleador u otra persona o entidad tiene derecho a recibir notificación de ninguna acción legal, salvo que un tribunal con la jurisdicción adecuada dicte lo contrario.

No se podrá presentar ninguna acción legal ni en equidad en ningún tribunal o agencia para recuperar beneficios bajo el Plan antes de agotar los procedimientos de reclamaciones y apelaciones establecidos en el Artículo IX, ni se podrá presentar ninguna acción salvo que en un plazo de 36 meses posteriores a la fecha en que se incurra en una reclamación bajo el Plan.

1.129 Derecho aplicable

Se administrarán las disposiciones del Plan, y todas las cuestiones relativas a la validez o interpretación del Plan y a los actos y transacciones de las partes serán determinadas, interpretadas y aplicadas, de acuerdo con las leyes aplicables y, en la medida en que no se preeminan, del Estado de Michigan.

1.130 Instrumento de Gobierno

Este documento, junto con cualquier documentación incorporada por referencia aquí, es el instrumento legal que rige el Plan. En caso de conflicto entre este documento y cualquier otro escrito o prueba, prevalecerán los términos de este documento.

1.131 Cláusula de Ahorro

Si una disposición del Plan o la aplicación de una disposición del Plan a cualquier persona, entidad o circunstancia es considerada inválida bajo la ley vigente por un tribunal competente, el resto del Plan y la aplicación de la disposición a cualquier otra persona, entidad o circunstancia no se verán afectados.

1.132 Subtítulos y encabezados

Los encabezados y leyendas de un Artículo, Sección o disposición del Plan son únicamente para conveniencia y referencia, y no deben tenerse en cuenta a la hora de interpretar los términos y condiciones del Plan.

1.133 Avisos

Ningún aviso o comunicación relacionada con el Plan realizada por un reclamante o un empleado será efectiva salvo que se ejecute debidamente en un formulario proporcionado o aprobado por, y presentado con, el Administrador del Plan correspondiente (o su representante).

1.134 Renuncia

Ningún término, condición o disposición del Plan se considerará exento a menos que la supuesta renuncia esté en un escrito firmado por la parte a la que se imputará. Ninguna renuncia escrita se considerará una renuncia continua salvo que se indique específicamente en el escrito, y solo durante el periodo indicado, y dicha renuncia solo operará en función del término, condición o disposición específica renunciada.

1.135 Dependencia de las partes

La Empresa, el Empleador, el Administrador del Plan y cualquier persona a quien se le delegue la operación o administración del Plan pueden basarse de forma concluyente en cualquier consejo, opinión, valoración u otra información proporcionada por cualquier actuario, contable, tasador, asesor legal o médico que el Plan contrate o emplee. Una acción u omisión de buena fe basada en esta confianza es vinculante para todas las partes, y no se puede incurrir en responsabilidad por ello salvo que lo requiera la ley. No se asumirá ninguna responsabilidad por ninguna otra acción u omisión de la Empresa, el Empleador o sus empleados, salvo por mala conducta intencionada o incumplimiento intencionado del deber hacia el Sistema.

1.136 Renuncia

La Compañía no hace ninguna afirmación ni garantía sobre:

- A. si las prestaciones del Plan son o serán excluibles de los ingresos brutos de un empleado cubierto a efectos del impuesto sobre la renta federal o estatal, o
- B. si algún otro tratamiento fiscal es o será aplicable.

1.137 Gastos

Todos los gastos del Plan serán pagados mediante deducciones, contribuciones de empleados o por el Plan, salvo que el Empleador pague lo contrario. El Empleador puede adelantar gastos al Plan, sujetos a reembolso, sin obligarse a pagar dichos gastos.

1.138 Indemnización

El Empleador, en la medida permitida por la ley, indemnizará y mantendrá exenta de responsabilidad a cualquier empleado, directivo o accionista de la Compañía o del Empleador de y contra toda pérdida, daños, responsabilidad y costes y gastos razonables incurridos en el cumplimiento de sus responsabilidades bajo el Plan, salvo que se deba a la mala fe o conducta indebida intencionada de dicha persona, siempre que los honorarios de abogado de dicha persona y cualquier cantidad pagada en el acuerdo sean aprobados por la Compañía. Los derechos anteriores a la indemnización serán adicionales a los demás derechos que el individuo pueda disfrutar por derecho o por cualquier tipo de cobertura de seguro. Los derechos concedidos en virtud de este serán adicionales y no sustituyentes de ningún derecho a indemnización al que la persona pueda tener derecho conforme al certificado de constitución o los estatutos de la Compañía.

1.139 Obligaciones fiscales de los empleados

A. Determinación de la exclusión

Los propios empleados cubiertos deben determinar si los beneficios del Plan son excludibles a efectos fiscales y deben notificar al Administrador del Plan si tienen motivos para creer que un pago no es excludible.

B. Responsabilidad y Pago

Si el Administrador del Plan determina en cualquier momento después del final del año del Plan que las Contribuciones a la Reducción Salarial de los Empleados o las Contribuciones a la Deducción Salarial u otras contribuciones del Empleador excedieron los límites permitidos por la ley por cualquier motivo, incluyendo, pero no limitado a, información errónea, error administrativo o una determinación final de que el Plan de Cafetería no califica como plan de cafetería según la sección 125 del Código para el Año del Plan, entonces los empleados cubiertos deben:

1. pagar cualquier impuesto sobre la renta local, estatal y federal, así como las penalizaciones e intereses relacionados con las contribuciones excesivas a la reducción salarial u otras contribuciones del empleador, y
2. reembolsar al Empleador la parte del empleado de cualquier contribución fiscal, local y federal que el Empleador hubiera retenido u otras deducciones aplicables que el Empleador habría realizado si las Contribuciones a la Reducción de Salario u otras contribuciones del Empleador se hubieran tratado como ingresos gravables.

ARTÍCULO XIII

PRIVACIDAD Y SEGURIDAD HIPAA

2.1 Alcance

Las disposiciones de este Artículo XIII se aplicarán al plan médico, dental, de visión, de asistencia al empleado, a la cuenta de gastos sanitarios y al Plan de Reembolso de Primas para Jubilados.

2.2 Definiciones

A efectos de este Artículo XIII, los siguientes términos tienen los siguientes significados:

Un. "Asociado Comercial" significa una persona o entidad que realiza una función o actividad regulada por HIPAA en nombre de los planes de salud colectivos proporcionados bajo el Plan y que implica información sanitaria identificable individualmente. Ejemplos de tales funciones o actividades son el procesamiento de reclamaciones, el ámbito legal, actuarial, la contabilidad, la consultoría, la agregación de datos, la gestión, la administración, la acreditación y los servicios financieros. Un Asociado de Negocios puede ser una Entidad Cubierta. Sin embargo, las aseguradoras y HMO no son socios comerciales de los planes que aseguran. Una persona o entidad que transmite PHI a una entidad cubierta (o a su socio comercial) y que rutinariamente requiera acceso a esa PHI también puede ser un socio comercial. Ejemplos de tales entidades incluyen organizaciones de intercambio de información sanitaria, organizaciones regionales de información sanitaria y portales de prescripción electrónica. Los proveedores que contratan con entidades cubiertas que ofrecen ciertos historiales médicos personales a individuos también pueden considerarse socios comerciales. Los proveedores que contratan con Asociados Comerciales ("subcontratistas") y requieren o tienen acceso rutinario a PHI o ePHI también pueden ser Asociados Comerciales en relación con el Plan.

B. "Entidad Cubierta" significa un plan de salud grupal (incluyendo un plan de empleador, aseguradora, HMO y cobertura gubernamental como Medicare); un proveedor de atención sanitaria (como un médico, hospital o farmacia) que transmita electrónicamente cualquier información sanitaria relacionada con una transacción para la cual el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. ha establecido un estándar de intercambio electrónico de datos; y una cámara de compensación sanitaria (una entidad que traduce información electrónica entre transacciones no estándar y estándar según la HIPAA).

C. "Información Sanitaria Protegida o PHI" significa información sanitaria identificable individualmente creada o recibida por una Entidad Cubierta. La información es "identificable individualmente" si nombra a la persona o existe una base razonable para creer que componentes de la información podrían usarse para identificar a la persona. "Información de Salud" significa información, incluyendo información genética, ya sea oral o registrada en cualquier forma o medio, que (i) sea creada por un proveedor de atención sanitaria, un plan de salud, un empleador, un asegurador de vida, una autoridad sanitaria pública, un centro de atención sanitaria o una escuela o universidad; y (ii) se refiere a la salud o condición física o mental pasada, presente o futura de una

persona, la prestación de atención sanitaria a una persona; o el pago pasado, presente o futuro por la atención sanitaria.

2.3 Usos y divulgaciones de PHI

El Plan y el Empleador pueden divulgar la PHI o ePHI de un Empleado Cubierto al Empleador (o al agente del Empleador) para las funciones administrativas del plan conforme a 45 CFR 164.504(a), en la medida en que no sea incompatible con las regulaciones de HIPAA. El Plan no divulgará PHI ni ePHI al Empleador salvo cuando reciba una certificación por parte del Empleador de que el Plan incorpora los acuerdos de las Secciones 13.4 y 13.5, salvo que la ley lo permita o exija lo contrario.

2.4 Acuerdos de Privacidad del Empleador

Como condición para obtener la PHI del Plan y sus Socios Comerciales, el empleador acepta que:

- A. No utilizar ni divulgar dicha PHI salvo lo permitido por la Sección 13.3, como lo permite 45 CFR 164.508, 45 CFR 164.512 y otras secciones de la normativa HIPAA, o según lo requiera la ley;
- B. Asegurarse de que cualquiera de sus agentes a quienes proporciona la PHI acepte las mismas restricciones y condiciones que se aplican al Empleador respecto a dicha información;
- C. No utilizar ni divulgar la PHI para acciones y decisiones relacionadas con el empleo o en relación con cualquier otro beneficio o plan de beneficios para empleados del Empleador;
- D. Informar al Plan de cualquier uso o divulgación de la PHI que sea incompatible con los usos o divulgaciones previstas de las que el empleador tenga conocimiento, incluyendo la notificación de cualquier incumplimiento de la PHI no garantizada;
- E. Poner a disposición la PHI de un participante concreto para fines de las solicitudes de inspección, copia y enmienda del participante, y llevar a cabo dichas solicitudes conforme a las regulaciones HIPAA 45 CFR 164.524 y 164.526;
- F. Poner a disposición la PHI de un participante concreto para fines de la contabilidad requerida de las divulgaciones por parte del empleador conforme a la solicitud del participante para dicha contabilidad conforme a la regulación HIPAA 45 CFR 164.528;
- G. Poner a disposición del Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. las prácticas internas, libros y registros relacionados con el uso y divulgación de PHI recibidos del Plan, para determinar el cumplimiento del Plan con HIPAA;
- H. Si es posible, devolver o destruir toda la información de interés público recibida del Plan que el empleador aún mantenga en cualquier forma y no conserve copias de dicha información cuando ya no sea necesaria para el propósito para el que se hizo la divulgación, salvo que, si

dicha declaración o destrucción no es factible, el empleador acepta limitar los usos y divulgaciones adicionales a aquellos fines que hagan inviable la devolución o destrucción de la información; y

Yo. Asegurarse de que exista una separación adecuada entre el Plan y el Empleador implementando los términos de los subapartados (1) a (3), a continuación:

1. Empleados con acceso a PHI: Los empleados, clases de antiguos empleados u otras personas bajo el control del empleador que figuran en el Apéndice D son las únicas personas que pueden acceder a la PHI recibida del Plan.
2. Uso limitado a la administración del plan: El acceso y uso de la PHI por el las personas descritas en el punto (1), arriba, están limitadas a funciones administrativas del plan según la definición del reglamento HIPAA 45 CFR 164.504(a) que desempeña el empleador del Plan.
3. Mecanismo para resolver el incumplimiento: Si el empleador o las personas en el Apéndice D que son responsables de supervisar el cumplimiento si cualquier persona descrita en el apartado (1), arriba, ha violado alguna de las restricciones de este Artículo XIII; entonces dicha persona será sancionada de acuerdo con las políticas del empleador establecidas para fines de privacidad y seguridad, hasta e incluyendo el despido del empleo. El Empleador se encargará de mantener registros de dichas infracciones junto con las personas implicadas, así como de las medidas disciplinarias y correctivas adoptadas respecto a cada incidente.

J. Notifique a los participantes sobre una adquisición, acceso, uso o divulgación no autorizada de PHIs no protegidas que comprometa la seguridad o privacidad de la información (una "brecha") sin demora excesiva en un informe que incluya la siguiente información:

1. los nombres de las personas cuyo PHI estuvo involucrado en la Brecha;
2. las circunstancias que rodearon la Brecha;
3. la fecha de la brecha y la fecha de su descubrimiento;
4. la información filtrada;
5. cualquier medida que las personas afectadas deban tomar para protegerse;
6. las medidas que la Compañía está tomando para investigar la Brecha, mitigar pérdidas y protegerse contra futuras Brechas; y
7. una persona de contacto que pueda proporcionar información adicional sobre la brecha.

La Compañía cooperará con los participantes en la investigación y respuesta a las violaciones que reporte a los participantes. Para este propósito, el término "Brecha" significa una adquisición, acceso, uso o divulgación no autorizada de IF no asegurada que compromete la seguridad o privacidad de la información.

No obstante lo anterior, los términos de este Artículo XIII no se aplicarán a los usos o divulgaciones de Inscripción, Exclusión e Información Sanitaria Resumida realizados conforme a 45 CFR 164.504(f)(1)(ii) o (iii); de PHI liberada conforme a una Autorización que cumple con 45 CFR 164.508; o en otras circunstancias permitidas por las regulaciones de HIPAA.

2.5 Acuerdos de Garantía del Empleador

Como condición para obtener e-PHI del Plan, sus Socios Comerciales, aseguradoras y HMOs, el Empleador acepta que:

- A. Implementar salvaguardas administrativas, físicas y técnicas que protejan de manera razonable y adecuada la confidencialidad, integridad y disponibilidad de la información sanitaria electrónica protegida ("ePHI") que cree, recibe, mantiene o transmite en nombre del Plan;
- B. Garantizar que la separación adecuada entre el Plan y el Empleador, tal como se establece en 45 CFR 164.504(f)(2)(iii), esté respaldada por medidas de seguridad razonables y adecuadas;
- C. Asegurar que cualquier agente al que proporcione esta información acepte implementar medidas de seguridad razonables y adecuadas para proteger la información;
- D. Informar al Plan de cualquier incidente de seguridad del que tenga conocimiento. A efectos de esta Enmienda, incidente de seguridad significará el acceso, uso, divulgación, modificación, destrucción o interferencia no autorizada con éxito con el e-PHI; y
- E. A solicitud del Plan, el Empleador acepta proporcionar información al Plan sobre accesos, uso, divulgación, modificación, modificación o destrucción no autorizados y fallidos de la e-PHI en la medida en que dicha información esté disponible para el Empleador.

APÉNDICE A
MAGNA INTERNATIONAL DE AMÉRICA, INC.
PLAN DE GASTOS PARA EL CUIDADO DE DEPENDIENTES

ARTÍCULO I
ESTABLECIMIENTO DEL PLAN

1.1 Fecha de entrada en vigor

El Plan de Cuenta de Gastos para Cuidados de Dependientes de Magna International of America, Inc. ("el Plan") se modifica y replantea con efecto a partir del 1 de enero de 2026.

1.2 Propósito

El Plan está creado exclusivamente para empleados. El propósito del Plan es reembolsar a los Empleados Cubiertos, según lo definido en la Sección 2.1 de este Plan, por los Gastos de Cuidado de Dependientes, según se define en la Sección 2.2 de este Plan.

1.3 Clasificación

El Plan está destinado a calificar como un programa de asistencia para el cuidado de dependientes según la sección 129 del Código de Rentas Internas de 1986, según su enmienda (el "Código"). Los reembolsos del Plan de los Gastos de Cuidado de Dependientes están destinados a ser elegibles para la exclusión de los ingresos brutos de los Empleados Cubiertos según la sección 129(a) del Código. Este documento está destinado a cumplir con el requisito escrito del plan de la sección 129(d)(1) del Código.

1.4 Incorporación por referencia

El término "Plan de Cafetería" tal como se utiliza en este Plan significa el Plan de Cafetería de Magna International of America, Inc. según lo definido en la Sección 1.3 del Plan de Beneficios de Bienestar de Magna International of America, Inc. Los términos del Plan de la Cafetería se incorporan por referencia donde se apliquen a la operación de este Plan, en la medida en que dichas disposiciones no entren en conflicto con los términos de dicho Plan.

1.5 Duración

El Plan se establece con la intención de mantenerse por un periodo indefinido; sin embargo, la Compañía, a su única discreción, puede modificar o terminar el Plan o cualquier disposición del Plan en cualquier momento.

ARTÍCULO II

DEFINICIONES

Cuando se escriben en mayúscula en este documento, estas palabras y frases tienen los siguientes significados:

2.6 Empleado cubierto

Empleado Cubierto significa un empleado que cumple con los requisitos de participación del Artículo III.

2.7 Gastos de cuidado de dependientes

Gastos de cuidado de dependientes significa gastos de cuidado de dependientes según lo descrito en la Sección 4.4.

2.8 Plan de Cuenta de Gastos para Cuidado de Dependientes

Plan de Cuenta de Gastos para Cuidado de Dependientes significa la cuenta notacional establecida en nombre de cada Empleado Cubierto que elige el beneficio de pago de la prima de la cuenta de gastos de cuidado de dependientes bajo el Plan de Cafetería, al que el Empleado Cubierto asigna las Contribuciones a la Reducción de Salario para el reembolso de Gastos de Cuidado de Dependientes.

2.9 Fecha de entrada en vigor

Fecha de Entrada en Vigor significa la fecha en que el Plan enmendado y reformulado entra en vigor; la fecha de entrada en vigor es el 1 de enero de 2026. La fecha original de vigencia del Plan fue el 1 de enero de 2006.

2.10 Exclusiones

Exclusiones significa las exclusiones del Artículo V.

2.11 Beneficio Anual Máximo

Beneficio Anual Máximo significa el total de Contribuciones a la Reducción Salarial que un Empleado Cubierto autoriza a su Cuenta de Gastos de Cuidado de Dependientes, según los requisitos electorales de la Sección 6.1, para el reembolso de gastos de Cuidado de Dependientes, cuya cantidad no debe superar los 7.500 \$, salvo que esté limitado en la Sección 4.5(B).

2.12 Plan

Plan significa el Plan de Cuenta de Gastos para Cuidados de Dependientes de Magna International of America, Inc. tal y como se establece y se modifica periódicamente.

2.13 Individual clasificatorio

Individuo que cumple los requisitos significa un individuo que sea:

- A. El hijo del Empleado Cubierto menor de 13 años y que pueda reclamarse como deducción de exención personal según la sección 152(a)(1) del Código en la declaración federal de la renta del Empleado Cubierto; o
- B. el cónyuge de un empleado cubierto que sea *física o mentalmente incapaz de cuidarse a sí mismo*, y que resida con el empleado durante más de la mitad del año; o
- C. Cualquier otro familiar o miembro del hogar que sea *física o mentalmente incapaz de cuidarse a sí mismo* y que sea un familiar cualificado según la Sección 152 del Código (sin tener en cuenta los apartados (b)(1), (b)(2) y (d)(1)(B)) y que resida con el empleado durante más de la mitad del año.

Física o mentalmente incapaz de cuidarse a sí mismo significa:

- D. incapaz de atender sus propias necesidades higiénicas o nutricionales, o
- E. exigiendo la atención a tiempo completo de otra persona para su propia seguridad o la seguridad de otros.

Si una persona es *física o mentalmente incapaz de cuidarse a sí misma* se determina a diario.

ARTÍCULO III

PARTICIPACIÓN

2.14 Participación

Un empleado es un empleado cubierto y participa en el Plan durante aquellos periodos en los que:

- A. participa en el Plan de la Cafetería, y
- B. ha asignado una cantidad a su Cuenta de Gastos de Cuidado de Dependientes.

Excepto por los gastos de cuidado de dependientes incurridos antes de que termine la cobertura del Plan y sujetos a cumplir los requisitos procedimentales del Artículo VI, no se pagan beneficios del Plan tras la finalización de la cobertura.

2.15 Finalización de la participación

Un Empleado Cubierto dejará de participar en el Plan cuando ya no participe en el Plan de la Cafetería, cuando el Empleado Cubierto revoque su elección de participar en el Plano o cuando el Empleado Cubierto termine su empleo, se jubile o fallezca.

ARTÍCULO IV
REEMBOLSO DE CUIDADO DE DEPENDIENTES
BENEFICIO

2.16 Derecho a Beneficiarse

Sujetos a los siguientes términos y límites y a las exclusiones, los empleados cubiertos tienen derecho a la reembolsación de los gastos de cuidado de dependientes.

2.17 Mantenimiento de las cuentas

El Administrador del Plan deberá mantener una Cuenta de Gastos de Cuidado de Dependientes para cada Empleado que elija el beneficio de pago de la prima de la cuenta de gastos de Cuidado de Dependientes. El beneficio de pago de la prima de la cuenta de gastos de cuidado de dependientes que el empleado haya elegido bajo el Plan de la Cafetería se acreditará en la Cuenta de Gastos de Cuidado de Dependientes del Empleado de forma proporcional durante el periodo en que la elección del empleado sea efectiva.

2.18 Cantidad a pagar

Sujeto a los requisitos procedimentales del Artículo VI, los Gastos de Cuidado de Dependientes a pagar no podrán exceder el beneficio de pago de la prima de la cuenta de Cuidado de Dependientes autorizado por el Empleado Cubierto y que fue acreditado conforme a la Sección 4.2, menos cualquier pago realizado previamente durante el Año del Plan — hasta el Beneficio Anual Máximo.

Si queda algún saldo en la Cuenta de Gastos de Cuidado de Dependientes de un Empleado Cubierto al final del Año del Plan, después de que se hayan realizado todos los reembolsos, dicho saldo no se transferirá para reembolsar al Empleado Cubierto los Gastos de Cuidado de Dependientes incurridos durante un año posterior del Plan ni se devolverá al Trabajador Cubierto, y el Empleado Cubierto perderá todos sus derechos respecto a dicho saldo. Cualquier cantidad confiscada en virtud de esta Sección 4.3 no será segregada ni invertida en una cuenta generadora de intereses, sino que seguirá siendo propiedad del Empleador para ser utilizada en el pago de gastos administrativos, para cubrir pérdidas en gastos o utilizada de cualquier otra manera como el Empleador a su discreción, ejercida de manera uniforme y no discriminatoria, Dirige.

2.19 Gastos de cuidado de dependientes

Gastos de Cuidado de Dependientes significa *los gastos laborales* que un Empleado Cubierto *incurre*— mientras está empleado — por:

- A. *Servicios domésticos*, y
- B. *Cuidado* de un individuo que cumple los requisitos.

Relacionado con el empleo, según se define en la sección 21(b) del Código, significa incurrido para permitir que un empleado cubierto tenga un empleo remunerado. En el caso de un Empleado Cubierto

casado, que esté relacionado con el empleo, el gasto también debe permitir al cónyuge del Empleado Cubierto: estar empleado de forma remunerada, buscar activamente un empleo remunerado o ser *estudiante a tiempo completo*, salvo que el cónyuge esté descrito en la Sección 2.8(B).

Incurrir se refiere a la fecha en que se prestan los servicios que resultan en gastos laborales, no a la fecha de cobro, facturación o pago.

Servicios domésticos significan servicios normalmente necesarios para mantener el hogar de un Empleado Cubierto y prestados como parte del cuidado de un Individuo Calificado.

Atención significa servicios principalmente para garantizar el bienestar y la protección de al menos una persona que cumple los requisitos.

Estudiante a tiempo completo significa una persona matriculada y asistiendo a una institución educativa durante al menos parte de cada uno de los cinco meses naturales del año fiscal del Empleado Cubierto, por el número de horas de curso que la institución considera un curso a tiempo completo.

2.20 Límites

Un. Sobre lo que paga el plan

1. Para cuidados proporcionados fuera del hogar cubierto del empleado

Los gastos de cuidado de dependientes por atención prestada fuera del domicilio de un empleado cubierto o en un *Centro de Cuidado de Dependientes Calificados* solo se reembolsan si dicha atención se presta a un Individuo Calificado:

- a. descrito en la Sección 2.8(A), o
- b. descrita en la Sección 2.8(B) o (C) que gasta regularmente al menos 8 horas cada día en la casa del empleado cubierto.

Centro de Cuidado de Dependientes Cualificados significa una instalación:

- c. en cumplimiento de todas las leyes y regulaciones estatales y locales aplicables, y
 - d. proporcionar atención a más de 6 personas (excepto residentes de centro) de forma regular, con compensación por servicio.
2. A ciertos empleados "altamente remunerados"

Los beneficios pagables bajo el Plan a cada empleado altamente remunerado, según lo definido en la sección 414(q) del Código, están limitados en la medida necesaria para evitar infringir la sección 129(d)(8) del Código.

B. Sobre la exclusión de la renta bruta

1. Límite de exclusión individual

El reembolso del plan para los gastos de cuidado de dependientes es excluible de los ingresos brutos de un empleado cubierto solo en la medida en que el gasto de cuidado de dependientes no exceda:

un. la suma de las reducciones salariales reales del Empleado Cubierto durante el Año del Plan,

o, si es menos,

b. el Beneficio Anual Máximo.

2. Límite de exclusión de ingresos brutos

La cantidad de gastos de cuidado de dependientes reembolsados durante el año fiscal de un empleado cubierto por todos los planes, incluido el Plan, que califican como planes de cuidado de dependientes según la sección 129 del Código puede no exceder:

un. 7.500 \$ (o 3.750 \$ para un empleado cubierto casado que presenta una declaración de la renta federal separada),

o, si es menos,

b. *los ingresos ganados* por el Empleado Cubierto (o si son menores, los ingresos ganados por el cónyuge del Empleado Cubierto, si el Empleado Cubierto estaba casado al final de su año fiscal).

Ingreso del trabajo significa salarios, sueldos, propinas y otras compensaciones, en la medida en que dichas cantidades sean incluidas en la renta imponible del año, como beneficios por huelga, prestación por discapacidad declarada como salario y ingresos netos por trabajo por cuenta propia.

Los ingresos del trabajo no incluyen pensiones, anualidades, pagos de la seguridad social, compensación laboral, compensación por desempleo ni ingresos de un extranjero no residente que no estén relacionados con negocios en Estados Unidos.

Los ingresos ganados se calculan sin tener en cuenta las leyes de propiedad comunitaria.

Los ingresos ganados de un cónyuge que sea estudiante a tiempo completo, según la definición de la Sección 4.4, o que sea *física o mentalmente incapaz de cuidarse a sí mismo*, según la Sección 2.8, se considera no inferior a 250 dólares al mes para empleados cubiertos con un individuo cualificado o 500

dólares al mes para empleados cubiertos con dos o más individuos cualificados.

3. Límite de información identificativa para reportar

El reembolso del plan por gastos de cuidado de dependientes es excluible de los ingresos brutos de un empleado cubierto solo si el empleado cubierto informa en la declaración de la renta federal a la que se refiere la exclusión, el nombre, dirección y número de identificación del contribuyente (u otra información aceptable para cumplir con los requisitos federales de informe) de cada proveedor de servicios de cuidado de dependientes que preste servicios de cuidado a dependientes al empleado cubierto durante el año.

ARTÍCULO V

EXCLUSIONES

2.21 Reglas generales

- A. El Plan solo reembolsa aquellos Gastos de Cuidado de Dependientes incurridos por un Empleado:
 - 1. durante el Año del Plan actual,
 - 2. mientras el empleado es un empleado cubierto, y
 - 3. para permitir que el Empleado Cubierto (y el Cónyuge, si están casados) continúe con un empleo remunerado (o, si está casado y el cónyuge está desempleado, permitir que el cónyuge del Trabajador Cubierto busque activamente empleo remunerado o sea estudiante a tiempo completo, según se define en la Sección 4.4, salvo que el cónyuge esté descrito en la Sección 2.8(B) del Plan).
- B. Excepto lo dispuesto en la Sección 5.1(A)(3), el Plan no reembolsa las cantidades pagadas por gastos de cuidado de dependientes incurridos mientras un empleado cubierto (o cónyuge, si está casado) está de baja por cualquier motivo, incluyendo enfermedad o vacaciones. Sin embargo, si los Gastos de Cuidado de Dependientes se pagan al proveedor de servicios de cuidado de dependientes de forma semanal o prolongada, los Gastos de Cuidado de Dependientes incurridos durante una ausencia temporal por enfermedad o vacaciones no estarán sujetos a esta exclusión.

2.22 Exclusiones específicas

El Plan no reembolsa las cantidades pagadas en relación con:

- A. un campamento individual de clasificación con pernocta;
- B. Servicios prestados por:
 - 1. un hijo del Empleado Cubierto (y si está casado, del cónyuge del Empleado Cubierto) menor de 19 años (según el sentido de la sección 152(c)(3) del Código) menor de 19 años al final del año del Plan,
 - 2. cónyuge o progenitor del hijo del empleado cubierto o del hijo del empleado cubierto,
o
 - 3. una persona para la que el Empleado Cubierto (o si está casado, el cónyuge del Empleado Cubierto) tiene derecho a una deducción del impuesto federal sobre la renta según la sección 151(c) del Código para el año fiscal del Empleado Cubierto.

2.23 Exclusiones condicionales

A menos que sea accesorio, mínimo e inseparable del coste de cuidar a una Persona Calificada, el Plan no pagará ningún cargo relacionado con los gastos de una Persona Calificada:

- A. víveres
- B. ropa
- C. entretenimiento,
- D. educación (jardín de infancia en adelante), o
- E. transporte entre el domicilio del empleado cubierto y el lugar donde se proporciona el cuidado de los dependientes, a menos que dicho transporte lo proporcione el proveedor de cuidado de los dependientes.

ARTÍCULO VI

PROCEDIMIENTOS

2.24 Inscripción y procedimientos electorales

Los empleados solo pueden inscribirse y hacer elecciones presentando los formularios correspondientes y completados (que pueden estar en formato electrónico) ante el Administrador del Plan dentro de los plazos establecidos. Las normas y plazos para inscribirse y para realizar o modificar elecciones están establecidas en el Plan de la Cafetería.

2.25 Procedimientos de reclamación

No se pagará ninguna reclamación de prestaciones a menos que el Administrador de la Reclamación reciba un formulario de reclamación debidamente completado, incluyendo toda la documentación necesaria de los servicios recibidos, antes del 31 de marzo siguiente al año del Plan al que se refiere la reclamación. Sin embargo, si el Empleado Cubierto termina su empleo durante el Año del Plan, cualquier reclamación presentada antes de la fecha de finalización debe presentarse al Administrador de Reclamaciones dentro de los 30 días posteriores a la fecha de finalización.

2.26 Administrador de Reclamaciones

El Administrador del Plan y/o la Compañía tendrán la autoridad para nombrar, destituir y reemplazar a uno o más Administradores de Reclamaciones. Un Administrador de Reclamaciones tendrá los deberes, poderes y responsabilidades establecidos en este lugar. En ausencia de dicho nombramiento y salvo lo que se disponga a continuación, el Administrador del Plan también será el Administrador de la Reclamación.

2.27 Administración de Reclamaciones

El Administrador de Reclamaciones tendrá el deber de recibir y revisar las reclamaciones de prestaciones bajo el Plan, determinar qué importancia, si la hay, se debe y se debe pagar según los términos y condiciones del Plan, y realizar los desembolsos apropiados de los pagos de prestaciones a las personas con derecho a ellos.

2.28 Prueba de la reclamación

Como condición para recibir las prestaciones del Plan, los solicitantes deben:

- A. Enviar al Administrador de Reclamaciones:
 - 1. un formulario de reclamación correctamente completado y presentado puntualmente,
 - 2. una declaración escrita que indique que el gasto de cuidado de dependientes no ha sido reembolsado ni es reembolsable bajo ningún otro plan de cuidado de dependientes, y

3. una declaración escrita de un tercero independiente que indique que el empleado cubierto ha incurrido en el gasto de cuidado de dependientes y la cantidad de dicho gasto; y

B. Demuestra cualquier estatus reclamado.

Alternativamente, el Empleado Cubierto puede utilizar una tarjeta de débito o crédito proporcionada por el Administrador de Reclamaciones para pagar los gastos de cuidado de dependientes. Los empleados cubiertos deben conservar copias de los recibos para justificar el gasto si el Administrador de Reclamaciones solicita una comprobación. El Plan de la Cafetería describe normas adicionales que se aplican al uso de tarjetas de débito o crédito.

APÉNDICE B
MAGNA INTERNATIONAL DE AMÉRICA, INC.
PLAN DE CUENTA DE GASTOS SANITARIOS

ARTÍCULO I
ESTABLECIMIENTO DEL PLAN

1.1 Fecha de entrada en vigor

El Plan de Cuenta de Gastos Sanitarios de Magna International of America, Inc. (el "Plan") se modifica y replantea con efecto a partir del 1 de enero de 2026.

1.2 Propósito

El Plan está creado exclusivamente para empleados. El propósito del Plan es reembolsar a los Empleados Cubiertos, según se define en la Sección 2.1 de este Plan, por los Gastos Médicos Calificados, según se define en la Sección 2.8 de este Plan.

1.3 Clasificación

A. ERISA

El Plan es un *plan de beneficios de bienestar para empleados*, tal como se define en la Ley de Seguridad de Ingresos de Jubilación de Empleados de 1974, según su enmienda ("ERISA"). Este documento pretende cumplir con el requisito de documento de plan escrito de la sección 402 de ERISA.

B. Código de Rentas Internas

El Plan está destinado a calificar como plan de salud según la sección 105(e) del Código de Rentas Internas de 1986, según la enmienda ("el Código"). Los reembolsos de gastos médicos calificados del Plan están destinados a ser elegibles para la exclusión de los ingresos brutos de los empleados cubiertos según la sección 105(b) del Código. Este documento está destinado a satisfacer el requisito de documento de plan escrito de la sección 1.105-11(b)(1)(i) de las regulaciones del Tesoro.

1.4 Incorporación por referencia

El término "Plan de Cafetería" tal como se utiliza en este Plan significa el Plan de Cafetería de Magna International of America, Inc. según lo definido en la Sección 1.3 del Plan de Beneficios de Bienestar de Magna International of America, Inc. Los términos del Plan de la Cafetería se incorporan por referencia donde se apliquen a la operación de este Plan, en la medida en que dichas disposiciones no entren en conflicto con las disposiciones de dicho Plan.

1.5 Duración

El Plan se establece con la intención de mantenerse por un periodo indefinido; sin embargo, la Compañía, a su entera discreción, puede modificar o terminar el Plan o cualquier disposición del Plan en cualquier momento.

ARTÍCULO II

DEFINICIONES

Cuando se escriben en mayúscula en este documento, estas palabras y frases tienen los siguientes significados:

2,29 Cantidad de transferencia

Importe transferido significa una cantidad en la Cuenta de Gastos Sanitarios de un Empleado Cubierto que puede trasladarse al siguiente año del Plan igual a la menor de (1) la cantidad no utilizada en la Cuenta de Gastos Sanitarios del Empleado Cubierto al final del Año del Plan (es decir, al final del Periodo de Expiración de ese Año del Plan) o (2) 500 \$ (o, si es superior, el 20% del Beneficio Anual Máximo.)

2,30 Empleado cubierto

Empleado Cubierto significa un empleado que cumple con los requisitos de participación del Artículo III.

2.31 Dependiente

Dependiente significa un empleado cubierto:

- A. Cónyuge, y
- B. el hijo del Empleado Cubierto (según la definición del artículo 152(f)(1) del Código que no ha cumplido 26 años.

2.32 Fecha de entrada en vigor

Fecha de Entrada en Vigor significa la fecha en que el Plan enmendado y reformulado entra en vigor; la fecha de entrada en vigor es el 1 de enero de 2026. La fecha original de vigencia del Plan fue el 1 de enero de 2006.

2.33 Exclusiones

Exclusiones significa las exclusiones del Artículo V.

2.34 Cuenta de Gastos Sanitarios

Cuenta de Gastos Sanitarios significa la cuenta notacional establecida en nombre de cada Empleado Cubierto que elige el beneficio de pago de la prima de la Cuenta de Gastos Sanitarios bajo el Plan de Cafetería al que el Empleado Cubierto asigna Contribuciones a la Reducción Salarial para el reembolso de Gastos Médicos Calificados. Un empleado cubierto puede elegir una Cuenta de Gastos Sanitarios de "Propósito General", que reembolsará cualquier gasto médico que cumpla los requisitos. Para mantener la elegibilidad para hacer contribuciones a una Cuenta de Ahorro Salud, un Empleado Cubierto que esté inscrito en un plan de salud con alta franquicia patrocinado por la empresa debe inscribirse en una Cuenta de Gastos Sanitarios de "Propósito Limitado", que solo reembolsará los gastos dentales y de la vista elegibles.

2.35 Beneficio Anual Máximo

Beneficio Anual Máximo significa el total de Contribuciones a la Reducción Salarial que un Empleado Cubierto autoriza a su Cuenta de Gastos Sanitarios, según los procedimientos electorales de la Sección 6.1, para el reembolso de gastos médicos calificados, cuyo importe no debe superar los 2.500 dólares, o si es superior, el máximo permitido según la Sección 125(i) del Código.

2.36 Plan

Plan significa el Plan de Cuenta de Gastos Sanitarios de Magna International of America, Inc. tal como se establece aquí y se modifica periódicamente.

2.37 Gastos médicos que cumplen los requisitos

Gastos médicos que califican bajo una Cuenta de Gastos Sanitarios de Propósito General significa los gastos incurridos por un empleado cubierto y un dependiente durante el año del Plan para atención médica, según se define en las secciones 213(d)(1)(A) y (B) del Código. Para ser un Gasto Médico Calificado, la atención médica debe ser esencial para diagnosticar, curar, mitigar, tratar o prevenir una enfermedad o trastorno, o para afectar una estructura o función inestable de la mente o el cuerpo. Un Gasto Médico Calificado bajo una Cuenta de Gastos Sanitarios de Propósito Limitado significa solo gastos dentales y de atención visual elegibles. *Incurrido* se refiere a la fecha en que se presta la atención médica, no a la fecha de cobro, facturación o pago

2.10 Periodo de Agotamiento

El Periodo de Agotamiento es el periodo inmediatamente posterior al final de un año del plan

durante el cual un empleado cubierto puede presentar una reclamación para el reembolso de los

gastos médicos calificados incurridos en ese año del plan. El Periodo de Extinción se establece en la

Sección 6.2. .

ARTÍCULO III

PARTICIPACIÓN

2.38 Participación

Un empleado es un empleado cubierto y participa en el Plan durante aquellos periodos en los que:

- A. participa en el Plan de la Cafetería, y
- B. ha asignado una cantidad a su Cuenta de Gastos Sanitarios o tiene una cantidad acumulada de un año anterior del plan.

Excepto por los Gastos Médicos Calificados incurridos antes de que termine la cobertura del Plan y sujetos a cumplir los requisitos procedimentales del Artículo VI, no se pagan prestaciones del Plan tras la finalización de la cobertura.

2.39 Finalización de la participación

Un Empleado Cubierto dejará de participar en el Plan cuando ya no sea elegible para participar en el Plan de la Cafetería, cuando el Empleado Cubierto revoque su elección para participar en el Plano o cuando el Empleado Cubierto termine su empleo, se jubile o fallezca.

ARTÍCULO IV

BENEFICIO POR GASTOS MÉDICOS

2.40 Derecho a Beneficiarse

Sujetos a los siguientes términos y límites y a las exclusiones, los empleados cubiertos tienen derecho a reembolso por los gastos médicos que califican.

2.41 Mantenimiento de las cuentas

El Administrador del Plan deberá mantener una Cuenta de Gastos Sanitarios para cada empleado que elija el beneficio de pago de la prima de la cuenta de gastos sanitarios. El beneficio de pago de la prima de la cuenta de gastos sanitarios elegido por el Empleado se acreditará en su Cuenta de Gastos Sanitarios a partir del primer día en que la elección del Empleado sea efectiva. La Cuenta de Gastos Sanitarios también deberá ser acreditada con cualquier Importe Acumulado de un Año Anterior del Plan.

2.42 Cantidad a pagar

Sujeto a los requisitos procedimentales del Artículo VI, los Gastos Médicos Cualificados a pagar no podrán exceder (a) el importe transferido más (b) el beneficio de pago de la prima de la cuenta de gastos sanitarios que el Empleado Cubierto haya elegido acreditar en su Cuenta de Gastos Sanitarios para el Año del Plan, hasta el Beneficio Anual Máximo, menos (c) cualquier pago realizado previamente durante el Año del Plan.

2.43 Gastos médicos que califican

Los Gastos Médicos Calificados, según la definición de la Sección 2.9, bajo una Cuenta de Gastos Médicos de Propósito General que no están cubiertos por ningún otro plan de salud incluyen, por ejemplo, gastos para:

- A. aborto, si es legal donde se realice
- B. acupuntura
- C. servicio de ambulancia
- D. píldoras anticonceptivas
- E. extractores de leche y suministros que ayudan a la lactancia
- F. Gastos de capital para mejoras en el hogar y equipos especiales instalados en el coche o en la vivienda, si la razón principal de la mejora o del equipo es la atención médica, pero solo en la medida en que el gasto supere cualquier aumento en el valor de la propiedad mejorada
- G. Practicantes de la Ciencia Cristiana

- H. muletas
- Yo. Tratamiento dental
- J. Los honorarios médicos incluyen, pero no limitándose a: anestesiólogos, ginecólogos, podólogos, quiroprácticos, dermatólogos, neurólogos, obstetras, oftalmólogos, osteópatas, podólogos, pediatras, psiquiatras y psicólogos
- K. exámenes oculares, gafas y lentillas
- L. exámenes auditivos y audífonos
- M. hospitalarios M.
- N. Tasas de laboratorio y pruebas diagnósticas
- O. Tratamiento de salud mental
- P. servicios en residencias de ancianos, incluyendo comidas y alojamiento
- Q. Servicios de enfermería
- R. Gastos de trasplante de órganos
- S. Medicamentos sin receta o suministros de venta libre, incluidos productos para el cuidado menstrual
- T. Equipo de oxígeno y oxígeno
- U. Medicamentos con receta
- V. prótesis
- W. Productos para dejar de fumar
- X. educación y equipamiento especial para personas con discapacidad mental o física
- Y. esterilización
- Z. Tratamiento por abuso de sustancias
- AA. cirugía
- BB. terapia
- CC. Transporte por motivos médicos
- DD. Sillas de ruedas,

EE. Tarifas por rayos X

Los gastos médicos que califican bajo una Cuenta de Gastos Sanitarios de Propósito Limitado incluyen únicamente los gastos dentales y de visión elegibles.

2.44 Límites

El Plan solo reembolsa los Gastos Médicos Calificados en la medida en que el cargo no sea compensado por ninguna cobertura sanitaria prepagada, plan de salud grupal, seguro médico u otro tipo de cobertura. Los gastos médicos que califican incluyen deducibles y copagos si no se reembolsan mediante la coordinación de beneficios con un pagador secundario.

4.6 Transferencia del año anterior del plan

El saldo no utilizado de un Empleado Cubierto al final de un Año del Plan anterior puede utilizarse (a) para gastos incurridos en el Año anterior del Plan, pero solo si se reclama durante el Periodo de Expiración que comienza al final del Año del Plan anterior, o (b) hasta la medida de la cantidad permitida de transferencia, para Gastos Médicos Calificados que se incurran en cualquier momento del Año del Plan actual. Si el Empleado Cubierto está inscrito en un plan de salud no con franquicia alta en un año del plan y se inscribe en un plan de salud con franquicia alta patrocinado por la empresa en el año inmediatamente siguiente al Plan, cualquier importe transferido se transferirá automáticamente a una Cuenta de Gastos Sanitarios de Propósito Limitado.

4.7 Pérdida de cuentas

Si un empleado cubierto incurre en gastos médicos calificados agregados en una cantidad inferior a la cantidad de cobertura que ha elegido para un año del plan, más cualquier cantidad de transferencia disponible, cualquier cantidad restante superior a la cantidad acumulada en su cuenta de gastos sanitarios será perdida al final del periodo de expiración aplicable a ese año del plan.

ARTÍCULO V

EXCLUSIONES

2.45 Reglas generales

- A. El Plan solo reembolsa aquellos Gastos Médicos Calificados incurridos por un Empleado o el Miembro Dependiente del Empleado:
 - 1. durante el Año del Plan actual, y
 - 2. mientras el empleado es un empleado cubierto.
- B. El Plan no reembolsa las cantidades pagadas por servicios o suministros que simplemente mejoran la salud o la moral en general.

2.46 Exclusiones específicas

El Plan no reembolsa las cantidades pagadas en relación con:

- A. cirugía estética o procedimiento similar, a menos que la cirugía o procedimiento sea necesario para mejorar una deformidad derivada o directamente relacionada con una anomalía congénita, una lesión personal resultante de un accidente o trauma, o una enfermedad desfigurante,
- B. cuidado custodial o domiciliario,
- C. servicio de pañales,
- D. gastos funerarios y de entierro,
- E. Cuotas y cuotas de membresía del gimnasio,
- F. Empleado doméstico y doméstico,
- G. servicios y suministros ilegales,
- H. primas de seguro de cualquier tipo, incluidas las de organizaciones de mantenimiento de la salud, seguros de vida, cuidados a largo plazo, pérdida de ingresos, muerte accidental o desmembramiento, seguro de automóvil y seguro médico u otro seguro de salud grupal,
- Yo. comidas y alojamiento en un centro no médico,
- J. ropa o uniforme de maternidad,
- K. Servicios de lactancia para un bebé recién nacido normal y sano, excepto para sacaleches y suministros que ayudan a la lactancia,

- L. artículos de uso personal como cosméticos, artículos de aseo y artículos para higiene personal o embellecimiento,
- M. formación o matrícula para mejorar académicamente o disciplina,
- N. actividades sociales como clases de baile o natación,
- O. Alimentos especiales o suplementos dietéticos como vitaminas, minerales, agua embotellada y dieta alimentos
- P. Transporte por razones no médicas,
- Q. viajes o vacaciones, y
- R. Gastos de cuidado a largo plazo.

ARTÍCULO VI

PROCEDIMIENTOS

2.47 Inscripción y Procedimientos Electorales

Los empleados solo pueden inscribirse y hacer elecciones presentando los formularios correspondientes y completados (que pueden estar en formato electrónico) ante el Administrador del Plan dentro de los plazos establecidos. Las normas y plazos para inscribirse y para realizar o modificar elecciones están establecidas en el Plan de la Cafetería.

2.48 Procedimientos de reclamación

No se pagará ninguna reclamación de prestaciones a menos que el Administrador de Reclamaciones reciba un formulario de reclamación debidamente completado, que incluye toda la documentación necesaria de los servicios recibidos, antes del 31 de marzo siguiente al año del Plan al que se refiere la reclamación (el "Periodo de Expiración"). Sin embargo, si el Empleado Cubierto termina su empleo durante el Año del Plan, cualquier reclamación presentada antes de la fecha de finalización debe presentarse al Administrador de Reclamaciones dentro de los 30 días posteriores a la fecha de finalización.

2.49 Administrador de reclamaciones

El Administrador del Plan y/o la Compañía tendrán la autoridad para nombrar, destituir y reemplazar a uno o más Administradores de Reclamaciones. Un Administrador de Reclamaciones tendrá los deberes, poderes y responsabilidades establecidos en este lugar. En ausencia de dicho nombramiento y salvo lo que se disponga a continuación, el Administrador del Plan también será el Administrador de la Reclamación.

2.50 Administración de Reclamaciones

El Administrador de Reclamaciones tendrá el deber de recibir y revisar las reclamaciones de prestaciones bajo el Plan, determinar qué importancia, si la hay, se debe y se debe pagar según los términos y condiciones del Plan, y realizar los desembolsos apropiados de los pagos de prestaciones a las personas con derecho a ellos.

2.51 Prueba de reclamación

Como condición para recibir las prestaciones del Plan, los solicitantes deben:

A. Enviar al Administrador de Reclamaciones:

1. un formulario de reclamación correctamente completado y presentado puntualmente,
2. una declaración escrita que indique que el Gasto Médico Calificado no ha sido reembolsado y no es reembolsable bajo ningún otro plan de salud, y
3. una declaración escrita de un tercero independiente que indique que el empleado cubierto ha incurrido en el gasto médico y la cantidad de dicho gasto; y

B. Demuestra cualquier estatus reclamado.

Alternativamente, el Empleado Cubierto puede utilizar una tarjeta de débito o crédito proporcionada por el Administrador de Reclamaciones para pagar los Gastos Médicos Calificados. Los empleados cubiertos deben conservar copias de los recibos para justificar el gasto si el Administrador de Reclamaciones solicita una comprobación. El Plan de la Cafetería describe normas adicionales que se aplican al uso de tarjetas de débito o crédito.

APÉNDICE C

DOCUMENTOS INCORPORADOS APLICABLES

DOCUMENTO APLICABLE

Acuerdo de Servicios Administrativos Solo entre la
Compañía y Blue Cross Blue Shield of Michigan y
Folleto de Beneficios

_____ Acuerdo entre la
Compañía y Express Scripts

_____ y certificado de cobertura emitido
por Delta Dental

Póliza de Grupo y certificado de cobertura
emitidos por Vision Service Plan

Contrato entre la Empresa y las Opciones de
Lugar de Trabajo (WPO)

Póliza de grupo y certificado de cobertura emitidos
por Hartford

Póliza de grupo y certificado de cobertura emitidos
por Hartford

Póliza de grupo y certificado de cobertura emitidos
por Hartford

_____ entre la Compañía y
Hartford

Póliza de grupo y certificado de cobertura emitidos
por Hartford

Póliza de grupo y certificado de cobertura emitidos
por Hartford

Póliza de grupo y certificado de cobertura emitidos
por Hartford

BENEFICIO APLICABLE

Beneficios médicos

Beneficios de los medicamentos con
receta

Beneficios dentales

Beneficios de la visión

Plan de Asistencia
Familiar para Empleados

Beneficios de vida básica a
término grupal/Vida básica
de dependientes

Beneficios por muerte
accidental y desmembramiento

Incapacidad básica
a largo plazo

Incapacidad temporal

Compra las prestaciones por
discapacidad a largo plazo

Beneficios de Vida
Suplementaria/Vida
Suplementaria de Dependientes

Póliza de Grupo de
Beneficios

Complementarios de Protección y Defensa Adicional
y Certificado de Cobertura emitidos por Hartford

Descripción resumida del plan

Beneficios por accidente por
viaje de negocios

Plan de Reembolso de
Primas para Jubilados

Este Apéndice C estará sujeto a modificación sin enmienda formal del Plan.

APÉNDICE D

EMPLEADOS DEL EMPLEADOR AUTORIZADOS PARA TENER ACCESO A

INFORMACIÓN SANITARIA PROTEGIDA

Administradores de Beneficios Personal de Recursos Humanos Otros empleados designados en las Políticas y Procedimientos HIPAA de los Planes de Salud de Grupo de Magna International de América

APÉNDICE E
EMPLEADORES PARTICIPANTES

Magna International of America, Inc. y sus afiliados participantes

Magna Mirrors of America, Inc. y sus afiliados participantes

El Administrador del Plan deberá mantener una lista actualizada de los Empleadores Participantes. La lista de Empleadores Participantes estará sujeta a modificación sin modificación formal del Plan.

APÉNDICE F

NORMAS ESPECIALES RELACIONADAS CON LA COVID-19

Este Apéndice F es un complemento al Plan que se aplica durante el periodo de emergencia de salud pública por COVID-19 declarado por el Departamento de Salud y Servicios Humanos ("HHS") el 31 de enero de 2020. Salvo que se indique lo contrario, estas normas expirarán con la finalización del periodo de emergencia de salud pública por COVID-19 el 11 de mayo de 2023.

1.1 Normas de Cuenta de Gastos Flexibles en Sanidad

- A. Los participantes en la Cuenta Flexible de Gastos Sanitarios pueden trasladar saldos no utilizados de 2020 a 2021, y trasladar saldos no utilizados de 2021 a 2022.
- B. Si un Empleado Cubierto terminó su empleo en 2020 o 2021, el Trabajador Cubierto podrá ser reembolsado por reclamaciones incurridas después de la fecha de finalización y antes del último día del Año del Plan de cualquier contribución pendiente a la nómina acreditada en la cuenta del Empleado Cubierto.

1.2 Normas de Cuenta de Gastos Flexibles para el Cuidado de Dependientes

- A. Los participantes en la Cuenta de Gastos Flexibles para Cuidados a Dependientes pueden trasladar saldos no utilizados de 2020 a 2021, y trasladar saldos no utilizados de 2021 a 2022.
- B. Además, se amplía el periodo de reclamación para un dependiente que "cumple la edad" cumpliendo 13 años durante la emergencia sanitaria pública por 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 de Cuidado de Dependientes que quedaron sin gastar a finales de 2020.

1.3 Cambios electorales a mitad de año

Un Empleado Cubierto puede cambiar su elección de Cuenta Flexible de Gastos Sanitarios o Cuenta Flexible de Gastos de Cuidado de Dependientes en cualquier momento de 2021, incluso si no ha experimentado ningún cambio de estatus.

1.4 Cobertura para pruebas de COVID-19

- A. Cobertura para pruebas diagnósticas in vitro para detectar SARS-CoV-2 (incluyendo pruebas para detectar anticuerpos contra SARS-CoV-2) o para diagnosticar COVID-19, y la administración de estas pruebas sin coste alguno:
 - 1. Que están aprobados por la FDA;

2. Para lo cual el promotor ha solicitado o tiene intención de solicitar la aprobación de uso de emergencia de la FDA, hasta que se deniegue la aprobación de la prueba o el promotor no solicite la autorización a tiempo;
 3. Que se desarrollan en estados que han informado al Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS) de su intención de revisar las pruebas de COVID-19; y
 4. Que el HHS determine que son apropiados.
- B. También se ofrece cobertura para artículos y servicios proporcionados durante una visita a la oficina (ya sea presencial o mediante telemedicina, e incluyendo las tasas del centro), la visita a un centro de atención urgente o la visita a urgencias que resulte en una orden o administración de pruebas de COVID-19. Estos elementos y servicios solo están cubiertos en la medida en que se relacionan con el cribado del Empleado Cubierto o de un cónyuge o dependiente cubierto para determinar si es necesario hacerse pruebas, o para proporcionar o administrar una prueba de COVID-19.
- C. También se proporciona cobertura para:
1. Pruebas en casa y en el punto de atención.
 2. Pruebas en centros administrados por el estado o por localidades.

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 sea médicamente apropiado.

1.5 **Cobertura de los Servicios Preventivos contra la COVID-19**

Las disposiciones de esta Sección 1.5 no se limitan a la duración de la emergencia sanitaria pública por COVID-19.

El Plan cubrirá sin coste todas las vacunas/vacunas contra la COVID-19 con una recomendación que los haga cualificados como servicios preventivos contra el coronavirus bajo la Ley de Ayuda, Alivio y Seguridad Económica del Coronavirus ("Ley CARES"), sin costes compartidos, incluso si las vacunas no están listadas para su uso rutinario en los calendarios de inmunización emitidos por los CDC. Esto incluye la administración relacionada de las vacunas y cualquier otro "servicio preventivo de coronavirus que califique" bajo la Ley CARES como un artículo, servicio o inmunización destinado a prevenir o mitigar la COVID-19 y que sea:

1. Un ítem o servicio basado en la evidencia que tenga en efecto una calificación de "A" o "B" en las recomendaciones actuales del Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de EE. UU.; o
2. Una inmunización que tenga en efecto una recomendación del CDC/Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización respecto a la persona implicada, independientemente de si la inmunización está recomendada para uso rutinario o no.

1.6 **Plazos de Ciertos Planes Ampliados Durante el Periodo de Brote**

Según las regulaciones del Departamento de Trabajo, el periodo desde el 1 de marzo de 2020 hasta 60 días después del anuncio del fin de la emergencia nacional por COVID-19 (o cualquier otra fecha anunciada por el Departamento en futuras guías) se ignora para todos los participantes, beneficiarios, beneficiarios cualificados o solicitantes del Plan donde se encuentren a la hora de calcular ciertos plazos relacionados con los beneficios.

Esto se conoce como el "periodo de brote". El gobierno federal anunció que la emergencia nacional por COVID-19 terminó el 11 de mayo de 2023, lo que significa que el periodo del brote terminó el 10 de julio de 2023. Por tanto, las normas especiales descritas en este Apéndice ya no se aplicarán a los plazos del Plan para eventos posteriores al 10 de julio de 2023, y los plazos del Plan serán los que prevalezcan.

El periodo de brote está limitado a:

1. Un año desde la fecha en que los participantes, beneficiarios, beneficiarios cualificados o solicitantes del Plan fueron elegibles por primera vez para alivio; o
2. 60 días después del anunciado fin de la emergencia nacional por COVID-19 (10 de julio de 2023).

A. Cobertura de Continuación de COBRA

El Plan ignorará el periodo de brote para determinar los siguientes plazos para los participantes o beneficiarios calificados:

1. El periodo de 60 días para elegir a COBRA.
2. La(s) fecha(s) de vencimiento para realizar pagos de primas COBRA.
3. La fecha en que las personas deben notificar al Plan un evento que califica o una determinación de discapacidad por COBRA.

B. Periodo de Inscripción Especial HIPAA

Los derechos especiales de inscripción según la HIPAA permiten a un Empleado Cubierto inscribir al Empleado Cubierto y/o a sus dependientes en la cobertura de Medicamentos Médicos y Medicamentos con Receta tras ciertas circunstancias.

1. Si el Empleado Cubierto (o sus dependientes) pierde otra cobertura médica o de medicamentos recetados, o cuando una persona se convierte en dependiente del Empleado Cubierto por nacimiento, adopción, adopción o matrimonio, el Empleado Cubierto generalmente dispone de 31 días para inscribirse en los beneficios médicos y de medicamentos con receta.
2. Si el Empleado Cubierto pierde la elegibilidad para la cobertura bajo un programa estatal de Medicaid o CHIP, o si el Empleado Cubierto se vuelve elegible para la asistencia estatal de primas bajo Medicaid o CHIP, generalmente dispone de 60 días para inscribirse en los beneficios médicos y de medicamentos recetados.

El Plan ignorará el periodo de brote para calcular el periodo especial de inscripción HIPAA de 31 o 60 días.

C. Plazos para reclamaciones de prestaciones y apelaciones

El Plan describe los plazos para reclamar y apelar beneficios que se aplican a aquellos beneficios cubiertos por ERISA. Los siguientes plazos se ven afectados:

1. El Plan ignorará el periodo de brote para determinar el plazo en el que deben presentarse y apelarse las solicitudes de prestaciones.
2. El Plan también ignorará el periodo de brote para determinar el plazo en el que un participante debe presentar o perfeccionar una solicitud de revisión externa de una solicitud de beneficios médicos.

4898-1552-5237 v3 [18402-95]