

BEACON HEALTH MANAGEMENT
WELFARE BENEFITS PLAN

DOCUMENTO DEL PLAN WRAP

BEACON HEALTH MANAGEMENT WELFARE BENEFITS PLAN

TABLA DE CONTENIDO

	Page
ARTÍCULO I - Objetivo	5
ARTÍCULO II - Definiciones	5
2.1 ACA	5
2.2 Beneficiario	5
2.3 Código	5
2.4 Dependiente	5
2.5 Fecha de vigencia	5
2.6 Empleado	5
2.7 Empleador	6
2.8 ERISA	6
2.9 Ex empleado	6
2.10 Plan de derechos adquiridos	6
2.11 Permiso de Ausencia	6
2.12 Participante	6
2.13 Contribución del participante	6
2.14 Empleador participante	6
2.15 Plan	7
2.16 Administrador del plan	7
2.17 Año del plan	7
2.16 Plan Year	7
2.18 Cónyuge	7
2.19 Programa de Beneficios Sociales	7
ARTÍCULO III – Elegibilidad y participación	7
3.1 Elegibilidad	7
3.2 Inscripción	8
3.3 Terminación de la participación	8
ARTÍCULO IV – Financiación y Beneficios	8
4.1 Financiación	8
4.2 Beneficios	9
ARTÍCULO V – Administración del Plan y Deberes Fiduciarios	9

5.1	Fiduciario Nombrado	9
5.2	Administración del Plan	9
5.3	Delegación de Funciones	11
5.4	Indemnización	11
5.5	Deberes y responsabilidades fiduciarias	11
ARTÍCULO VI – Reclamaciones y Subrogación		11
6.1	Procedimiento de Reclamos	11
6.2	Procedimientos de reclamos para los planes de salud de grupo	11
6.3	Procedimientos de Reclamos para beneficios basados en la determinación de discapacidad.....	16
6.4	Procedimiento de reclamos por prestaciones distintas a las prestaciones de salud o los basados en la determinación de la discapacidad.....	18
6.5	Beneficios no reclamados	20
6.6	Derecho de Subrogación	20
ARTÍCULO VII – Disposiciones especiales de cumplimiento.....		25
7.1	Uso y Divulgación de Información de Salud Protegida.....	25
7.2	Derechos de Inscripción Especial	29
7.3	Órdenes de Manutención Médica Infantil Calificada	30
7.4	Programas Estatales de Medicaid	30
7.5	Cobertura durante ausencia FMLA.....	30
7.6	Reglas especiales para la cobertura de maternidad controles infantiles	31
7.7	Regla especial para la Salud de la Mujer	31
7.8	Licencia militar	31
7.9	COBRA.....	32
7.10	La Ley de No Discriminación por Información Genética de 2008 (‘GINA’).....	37
7.11	Factores Relacionados con la Salud	37
7.12	Ley de Paridad de Salud Mental.....	38
ARTÍCULO VIII – Enmienda y Terminación.....		38
8.1	Enmienda	38
8.2	Terminación	38
ARTÍCULO IX - Otra Información Miscelanea		38
9.1	Beneficio Exclusivo	38
9.2	Sin traspaso de Beneficios	38
9.3	Limitación de Derechos	38
9.4	Legislación aplicable y Jurisdicción y Competencia	39

9.5	Divisibilidad.....	39
9.6	Construcción	39
9.7	Títulos	39
9.8	Gastos.....	39
ARTÍCULO X – Los empleadores participantes.....		39
ARTÍCULO XI – Fecha de vigencia		40
ANEXO A – Programas de Beneficio Social		42
ANEXO B – Los empleadores participantes		44

BEACON HEALTH MANAGEMENT WELFARE BENEFITS PLAN

DOCUMENTO DEL PLAN WRAP

HSP Southern Healthcare, LLC (el "Empleador") por la presente enmienda y modifica el Beacon Health Management Welfare Benefits Plan (el 'Plan'), en su totalidad a partir del 01 de noviembre del 2014.

ARTÍCULO I

Objetivo

El propósito del Plan es proporcionar a los participantes y sus cónyuges, dependientes y beneficiarios determinados beneficios sociales que aquí se describen. No obstante el número y tipos de prestaciones incorporadas a continuación, el Plan es, y será tratado como un único plan de beneficios sociales en la medida permitida por la ley ERISA. El Plan está destinado a cumplir con todos los requisitos aplicables de la ERISA y el Código en su versión modificada, junto con las resoluciones y reglamentos promulgados en el presente documento.

ARTÍCULO II

Definiciones

2.1 "ACA" significa Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible de 2010, conforme a lo enmendado.

2.2 "Beneficiario" significa un beneficiario tal como se define bajo un Programa de Beneficios Sociales.

2.3 "Código" significa el Código de Rentas Internas de 1986, y enmiendas subsiguientes.

2.4 "Dependiente" significa un dependiente tal como se define bajo un Programa de Beneficios Sociales. Sin embargo, para los efectos de cualquier plan de salud de grupo que figuran en el Anexo A que proporciona beneficios médicos (que no sean el plan médico para jubilados) y otros programas de beneficio social que proporcionan beneficios médicos, un dependiente deberá incluir a los hijos elegibles de un participante que no hayan cumplido los 26 años de edad (o la edad posterior determinada por el Administrador del Plan) y, para los planes de derechos adquiridos (Grandfathered Plans), previos a los años del plan que comienzan antes del 1 de enero de 2014, que no son elegibles para inscribirse en el plan médico de otro empleador, que no sea el plan médico de un padre.

2.5 "Fecha de Vigencia" significa el 01 de noviembre del 2014, según enmendado y modificado por el presente.

2.6 "Empleado" significa cualquier persona que preste servicios al Empleador o a un Empleador participante como un empleado de hecho. En la medida de lo permitido por ley, los

contratistas independientes (aún cuando el Servicio de Impuestos Internos los vuelva a caracterizar como empleados), los empleados arrendados, de conformidad con la Sección 414(n) del Código, y las personas designadas por el Empleador o el Empleador Participante como empleados temporales, no serán considerados como Empleados para fines de este Plan. A los efectos de cualquier plan de salud grupal incorporado en el presente documento, el término Empleado, según ACA, incluirá a cualquier empleado de horas variables y a los empleados temporales o de temporada.

2.7 “Empleador” significa HSP Southern Healthcare, LLC, y cualquier entidad que adquiera el negocio y asuma las obligaciones del Empleador detalladas por el presente documento.

2.8 “ERISA” significa Ley de Garantía de Ingresos por Jubilación del Empleado de 1974, y subsiguientes enmiendas.

2.9 “Ex empleado” significa cualquier persona que fue empleada anteriormente.

2.10 “Plan de derechos adquiridos (Grandfathered Plan)” significa el término tal como se define en el Reglamento del Departamento de Trabajo, 29 CFR § 2590.715-1251.

2.11 “Permiso de ausencia” significa una licencia personal, licencia médica o permiso militar, según lo aprobado por el Empleador.

2.12 “Participante” significa cualquier empleado o ex empleado que reúna los requisitos del artículo III del Plan, ha optado por participar en el Plan y cuya participación no ha terminado de acuerdo con la Sección 3.3.

2.13 “Contribución del participante” se refiere a la contribución antes de impuestos o después de impuestos que debe pagar el Participante, si hubiere alguna, conforme lo determina cada Programa de Beneficios Sociales. El término " Contribución del Participante " incluye las contribuciones utilizadas para la concesión de prestaciones bajo un régimen de auto-seguro del empleador, así como las contribuciones que se utilizan para la compra de contratos o pólizas de seguro.

2.14 “Empleador participante” significa cualquier miembro del siguiente grupo que incluye al empleador, si tal miembro adopta el Plan con la autorización del empleador conforme a lo dispuesto en la Sección 10.1: (i) un grupo controlado de corporaciones, dentro del significado de la Sección 414(b) del Código; (ii) un grupo de oficios o negocios bajo control común, dentro del significado de la Sección 414(c) del Código; (iii) un grupo de servicios afiliados, dentro del significado de la Sección 414(m) del Código; o (iv) se requiere que un comercio o negocio sea agregado conforme a la Sección 414(o) del Código. Cada Empleador participante se identifica en el Apéndice B. El Empleador deberá enmendar el Anexo B, según sea necesario, para reflejar la adopción o la retirada del Plan de un Empleador participante , sin necesidad de modificar de otro modo el Plan. La modificación del Anexo B se puede hacer por cualquier funcionario autorizado o representante del Empleador y no requiere la aprobación del Consejo de Administración.

2.15 “Plan” significa el Beacon Health Management Welfare Benefits Plan, tal como se expone en el presente documento y cada Programa de Beneficios Sociales incorporado a continuación por referencia, y enmiendas subsiguientes.

2.16 “Administrador del plan” significa el Empleador o cualquier otra persona, comité o empresa que el Empleador deberá designar de vez en cuando.

2.17 “Año del Plan” - significa el período de doce meses consecutivos que finalizan el 31 de julio.

2.18 “Cónyuge” se designará al cónyuge tal como se define bajo un Programa de Beneficios Sociales. No obstante cualquier disposición contraria contenida en el presente documento, el término "cónyuge" incluye al cónyuge del mismo sexo que está casado legalmente bajo la ley aplicable.

2.19 “Programa de Beneficios Sociales” significa un acuerdo por escrito incorporado a este Plan que es ofrecido por el Empleador y que proporciona un beneficio para el empleado, incluyendo los que son tratados como un "empleado del plan de beneficios sociales para el empleado" bajo la Sección 3(l) de ERISA, si se ofrecen por separado. Programa de Beneficios Sociales también significa cualquier plan establecido de conformidad con la Sección 125 o la Sección 132(f) del Código. Cada Programa de Beneficios Sociales bajo el Plan se identifica en el Anexo A, que se incorpora y forma parte del Plan. Los documentos para cada Programa Social se incorporan a este documento. El Empleador podrá añadir o eliminar un Programa de Beneficios Sociales en el Plan modificando el Anexo A, sin ninguna necesidad de modificar de otro modo el Plan. La modificación del Apéndice A se puede hacer por cualquier funcionario autorizado o representante del empleador y no requiere la aprobación del Consejo de Administración.

En el caso de que las disposiciones de cualquier Programa de Beneficios Sociales entren en conflicto o contradigan las disposiciones de este documento o de cualquier otro programa de Beneficio Social, el Administrador del Plan deberá utilizar su criterio para interpretar los términos y efectos del Plan a fin de resolver cualquier conflicto o contradicción. Sin embargo, los términos de este documento no pueden ampliar los derechos de un participante, cónyuge, dependiente o beneficiario a las prestaciones disponibles bajo cualquier Programa de Beneficios Sociales.

ARTÍCULO III

Elegibilidad y participación

3.1 Elegibilidad. (a) Un Empleado será elegible para participar en el Plan sólo como se indica en un Programa Social específico incluido en el Anexo A. Un Empleado elegible no incluye a ningún individuo que está en una división, departamento, unidad o clasificación laboral designada por el Empleador como no elegible para recibir beneficios, sin importar el horario de trabajo del Empleado o el número de horas trabajadas, a menos que el Empleado esté incluido en el cálculo de penalidad de responsabilidad compartida, de conformidad con ACA y si el

Administrador del Plan decide incluir a dicho Empleado como Empleado Elegible. El Programa Social también puede designar a los Cónyuges, Dependientes, o Beneficiarios, si hubiere alguno, que son elegibles para recibir beneficios del Plan y establecer los criterios bajo los cuales ellos pueden estar cubiertos por el Plan.

(b) Si el empleador tiene el equivalente de 50 ó más empleados a tiempo completo, según lo establecido por la ACA y otra ley federal correspondiente, un empleado será elegible para participar en el plan de salud grupal del empleador si, además de cumplir con otros criterios aplicables, el empleado es un empleado a tiempo completo que trabaja un promedio de al menos 30 horas laborales por semana con el empleador.

El estado de empleado a tiempo completo para fines de cobertura del Plan de salud grupal se determinará conforme a las reglas de medición según establecidas por el gobierno federal y aprobadas por el empleador para todos los empleados (incluyendo los empleados de horas variables, los empleados temporales y de temporada, si existen tales clases dentro de la empresa). La categoría de Empleado a tiempo completo no incluye a ningún empleado temporal que es elegible para el plan de cobertura de salud grupal a través de una organización de arrendamiento, a menos que sea requerido por ACA o el Empleador. El Administrador del Plan determinará el estado de los empleados a tiempo completo, a su única y absoluta discreción, conforme al Plan y las provisiones aplicables de la responsabilidad compartida del empleador de la ACA.

3.2 Inscripción. El Administrador del Plan deberá establecer procedimientos de acuerdo con los Programas de Beneficio Social para la inscripción de los empleados elegibles, sus cónyuges o dependientes, si hubiere alguno, en el marco del Plan. El Administrador del Plan establecerá los formularios de inscripción que deben ser completados por un plazo determinado antes del comienzo de la cobertura bajo el Plan.

3.3 Terminación de la participación. Un participante dejará de participar en el Plan y la cobertura de este Plan para el participante, cónyuge, dependientes y beneficiarios, si hubiere alguno, terminará, de conformidad con las disposiciones de los Programas de Beneficio Social y la ACA.

ARTÍCULO IV

Financiación y Beneficios

4.1 Financiación. (a) No obstante cualquier disposición en contraria contenida en el presente documento, la participación en el Plan y el pago de los beneficios del Plan atribuibles a las contribuciones del Empleador o Empleador participante estarán condicionadas a que el Participante contribuya al Plan en el momento y en las cantidades que el Administrador del Plan deberá establecer de vez en cuando (“Contribución del Participante”). El Administrador del Plan puede requerir que las contribuciones del participante sean a través de deducción de nómina. Nada aquí requiere que el Empleador, Empleador participante o Administrador del Plan contribuya a, o bajo cualquier Programa de Beneficio Social, o para mantener cualquier fondo o separar cualquier cantidad para el beneficio de cualquier Participante, cónyuge, dependiente o

beneficiario, excepto en la medida expresamente requerida bajo los términos de un Programa de Beneficio Social. Ningún Participante, cónyuge, dependiente o beneficiario tendrá derecho alguno a, o interés en los activos del Empleador o Empleador participante.

(b) El Empleador no tendrá ninguna obligación, pero tendrá el derecho, a asegurar o reasegurar, o a comprar cobertura de contención de pérdidas de la parada con respecto a cualquier Programa de Beneficio Social bajo este Plan. En la medida en que el Empleador opta por adquirir un seguro con respecto a cualquier Programa de Beneficio Social, cualquier beneficio que sea proporcionado bajo dicho Programa de Beneficio Social, será de exclusiva responsabilidad del asegurador, y el Empleador o Empleador participante no tendrá ninguna responsabilidad por el pago de estas prestaciones (excepto del reembolso de contribuciones de los participantes que no fueron remitidas a la aseguradora). Excepto en los casos autorizados por resoluciones o reglamentos bajo ERISA, toda Contribución del Participante deberá ser remitida a la aseguradora apropiada, tan pronto como sea posible pero no más tarde de 90 días después de que tales contribuciones se hayan hecho y que de otro modo habrían sido pagadas a los participantes en efectivo.

4.2 Beneficios. Los beneficios se pagarán exclusivamente en la forma y cantidad especificadas en el Programa de Beneficio Social pertinente y de conformidad con los términos de dicho Programa de Beneficio Social.

ARTÍCULO V

Administración del Plan y Deberes Fiduciarios

5.1 Fiduciario Nombrado. El Administrador del Plan será el "fiduciario nombrado" del Plan, tal como se define en la Sección 402(a)(2) de ERISA, a menos que el empleador designara un sustituto.

5.2 Administración del Plan. Salvo que se disponga lo contrario en un Programa de Beneficio Social:

(a) El Administrador del Plan tendrá discreción y autoridad total para controlar y administrar la operación y administración del Plan.

(b) El Administrador del Plan tendrá plenas facultades para interpretar las disposiciones del Plan, hacer determinaciones de hecho, corregir errores y responder a omisiones. Todas las decisiones e interpretaciones del Administrador del Plan hechas de buena fe, de acuerdo con el Plan serán definitivas, concluyentes y obligatorias para todas las personas, sujetas únicamente a los procedimientos de reclamación, y no podrán ser anuladas a menos que un tribunal las encuentre arbitrarias y caprichosas.

(c) El Administrador del Plan tendrá todas las demás facultades necesarias o deseables para administrar el Plan, incluyendo, pero no limitado a, los siguientes:

- (i) Establecer los procedimientos que deben seguir los participantes en la toma de las elecciones en el Plan y en la presentación de reclamaciones en el marco del Plan;
- (ii) Preparar y distribuir la información que explica el Plan a los participantes;
- (iii) Recibir del Empleador (o Empleador participante) y participantes, cónyuges, dependientes y beneficiarios la información que sea necesaria para la correcta administración del Plan;
- (iv) Llevar un registro de las elecciones, los reclamos, los desembolsos por reclamos previstos en el Plan, y cualquier otra información requerida por ERISA o el Código;
- (v) Nombrar individuos o comités para ayudar en la administración del Plan y contratar a cualquier otro agente que considere convenientes;
- (vi) Comprar todo seguro que estime necesario para la prestación de los beneficios del Plan;
- (vii) Aceptar, modificar o rechazar las elecciones de los participantes en el marco del Plan;
- (viii) Establecer los formularios de elección y los formularios de reclamos para ser utilizados por los participantes;
- (ix) Preparar y presentar los informes o devoluciones con respecto al Plan como lo exige el Código, ERISA o cualquier otra ley;
- (x) Determinar y anunciar las contribuciones de los participantes requeridos en este documento;
- (xi) Determinar y aplicar límites a los beneficios elegidos en este documento;
- (xii) Adoptar las medidas que sean necesarias para hacer la deducción de nómina requerida de la Contribución de los participantes tal como se requiere en este documento; y
- (xiii) Corregir errores y hacer ajustes equitativos debido a los errores cometidos en la administración del Plan; específicamente, y sin limitación, para recuperar sobrepagos erróneamente hechos del Plan a un Participante, cónyuge, dependiente o beneficiario, de cualquier manera que el Administrador del Plan determine es apropiado, inclusive la recuperación de pagos anteriores o compensaciones en contra, futuros pagos pendientes al Participante, cónyuge, dependiente o beneficiario.

(d) El Administrador del Plan tendrá plena discreción y autoridad sobre la distribución, o cualquier otro uso, de los dividendos, la desmutualización y / o los reembolsos por razón de pérdidas médicas, si existieran, de las aseguradoras de salud grupal.

5.3 Delegación de Funciones. El Administrador del Plan podrá delegar responsabilidades para la operación y administración del Plan, podrá designar a los fiduciarios que no sean los mencionados en el Plan, y puede asignar o reasignar responsabilidades fiduciarias en el marco del Plan.

5.4 Indemnización. El Administrador del Plan y cualquier delegado que es un empleado del Empleador o Empleador participante deberán ser totalmente indemnizados por el empleador y cada empleador participante contra todas las responsabilidades, costos y gastos (incluyendo los gastos de defensa, pero con exclusión de toda suma que corresponda a un acuerdo a menos que dicha liquidación sea aprobada por el empleador) impuesta en relación con cualquier acción, demanda o procedimiento del cual sea parte en razón de ser el Administrador del Plan o por haber sido asignado o delegado alguno de los poderes o funciones del Administrador del Plan, y que surja de cualquier acto u omisión que constituya o se alega constituye una violación de las responsabilidades de esa persona en relación con el Plan, a menos que tal acción u omisión se determina que se deba a negligencia grave o dolo.

5.5 Deberes y responsabilidades fiduciarias. Cada fiduciario del plan deberá desempeñar sus funciones con respecto al Plan exclusivamente en el interés de cada participante, cónyuge, dependiente y beneficiario; con la exclusiva finalidad de proporcionar beneficios a estas personas y costear los gastos razonables de la administración del Plan; y de acuerdo con los términos del Plan. Cada fiduciario, en el ejercicio de tales derechos, se pronunciará con la atención, la habilidad, la prudencia y la diligencia en las circunstancias vigentes en ese momento que una persona prudente que actúe en una capacidad similar y familiarizada con estos asuntos usaría en el ejercicio de dicha autoridad. Un fiduciario puede servir en más de una capacidad fiduciaria. A menos que la responsabilidad sea dispuesta en forma contraria en la Sección 405 de la ley ERISA, un fiduciario nombrado no será responsable de cualquier acto u omisión de cualquier otra parte en la medida en que (a) tal responsabilidad se asignó correctamente a la otra parte como un fiduciario nombrado, o (b) la otra parte ha sido designada correctamente para llevar a cabo dicha responsabilidad de conformidad con los procedimientos establecidos anteriormente.

ARTÍCULO VI

Reclamos y Subrogación

6.1 Procedimiento de Reclamos. Salvo lo dispuesto en las secciones 6.2, 6.3 y 6.4, un reclamo de beneficios bajo un Programa de Beneficio Social deberá presentarse de conformidad con y para la parte designada en virtud de los términos de dicho Programa de Beneficio Social.

6.2 Procedimientos de reclamos para los planes de salud de grupo. (a) Este artículo tiene la intención de cumplir con las regulaciones 29 CFR §§ 2560.503-1 y 2590.715-2719 del Departamento de Trabajo, y se aplicarán específicamente a los reclamos en virtud de un plan de

salud de grupo como se define en las regulación 29 CFR § 2560.503-1 del Departamento de Trabajo. En la medida en que este procedimiento es incompatible con el procedimiento de los reclamos contenidos en las políticas, los contratos, las descripciones resumidas del plan u otros materiales escritos para el Programa de Asistencia Social, el procedimiento de reclamos en las demás políticas, contratos, descripciones resumidas del plan u otros materiales escritos deberán reemplazar este procedimiento, siempre y cuando tal procedimiento de reclamos cumple con las regulaciones 29 CFR §§ 2560.503-1 y 2590.715-2719 del Departamento de Trabajo. Conforme a dichas regulaciones, todas las reclamaciones y apelaciones respecto de los beneficios del plan de salud grupal se adjudicarán de una manera diseñada para garantizar la independencia e imparcialidad de las personas involucradas en la toma de decisiones. Sin perjuicio de ninguna disposición incluida en este Artículo VI, un plan de salud grupal que constituya un Plan Protegido no estará sujeto a los procedimientos de reclamación y apelación conforme a la regulación § 2590.715-2719 del Departamento de Trabajo.

(b) Reclamos de beneficios por escrito. Si el demandante alega un derecho a las prestaciones en virtud del Plan, el reclamante debe presentar un reclamo por escrito para tal beneficio con el Administrador del Plan. Para fines de esta Sección, se entenderá por reclamante todo Participante, cónyuge, dependiente o beneficiario o representante autorizado que presente un reclamo de los beneficios del plan de salud de grupo en el marco del Plan.

(c) Determinaciones de Beneficio. Todas las determinaciones adversas de beneficios mencionadas a continuación deberán expresarse por escrito de manera apropiada respecto de la lingüística y la cultura y deberán incluir la información exigida por las regulaciones del Departamento de Trabajo, Título 29 del Código de Regulaciones Federales §§ 2560.503-1 y 2590.715-2719.

(i) Reclamos Post- Servicio. Un reclamo posterior al servicio es cualquier reclamo que se presenta para el pago de beneficios después de recibir la atención médica.

(A) A la negación de un reclamo posterior al servicio, el Administrador del Plan notificará al solicitante de dicha negación por escrito dentro de los 30 días de la recepción del reclamo. Al Administrador del Plan se le permitirá una prórroga de 15 días para el período de determinación de las solicitudes de 30 días, siempre que el Administrador del Plan determine que tal extensión es necesaria debido a problemas fuera del control del plan y notifica al solicitante antes de que termine el período inicial de 30 días de las razones que justifiquen la ampliación del tiempo y la fecha en que el Plan propone tomar una decisión. Si se requiere dicha extensión debido a la incapacidad del reclamante de presentar toda la información necesaria para decidir sobre el reclamo, la notificación de extensión debe describir específicamente la información requerida y el solicitante tendrá 45 días desde la recepción de la notificación para proporcionar la información solicitada. El incumplimiento por parte del reclamante para proporcionar la información requerida resultará en la denegación del reclamo.

(B) Un aviso de denegación deberá explicar el motivo(s) para la negación, referirse a la Sección(s) del Plan sobre el que se basa la denegación, y proporcionar los procedimientos de recurso de reclamación. El aviso de denegación también debe cumplir

con los requisitos adicionales que se describen en la Regulación 29 CFR § 2590.715-2.719 del Departamento de Trabajo.

(C) El período de tiempo para considerar un reclamo posterior al servicio se suspenderá a partir de la fecha que la notificación de la extensión se envía al reclamante hasta que el reclamante cumple con cualquier solicitud de información adicional.

(ii) Reclamos previos al servicio. Un reclamo previo al servicio es cualquier reclamo de beneficios que requiere la certificación o aprobación antes de la realización del servicio de atención médica requerida.

(A) Al recibir un reclamo previo al servicio, el Administrador del Plan notificará al solicitante por escrito de la determinación del beneficio del Plan en un plazo razonable, pero no más tarde de 15 días después de la recepción del reclamo. Al Administrador del Plan se le permitirá una prórroga de 15 días, siempre que el Administrador del Plan determine que tal extensión es necesaria debido a problemas fuera del control del Administrador del Plan y notifique al solicitante antes de que finalice el período inicial de 15 días de las circunstancias que exigen la extensión de tiempo y la fecha en que el Plan tiene la intención de tomar una decisión. El Administrador del Plan, en el plazo de 5 días de recibir cualquier demanda deficiente, deberá notificar al reclamante de dicha deficiencia y las medidas necesarias para corregir la reclamación. La notificación puede ser oral, a menos que el demandante solicite una notificación por escrito. El demandante dispondrá de 45 días a partir de la recepción de la notificación para proporcionar la información solicitada. El incumplimiento por parte del reclamante para proporcionar la información requerida resultará en la denegación del reclamo.

(B) Un aviso de denegación deberá explicar el motivo(s) para la negación, referirse a la Sección(s) del Plan sobre el que se basa la denegación, y proporcionar los procedimientos de recurso de reclamo. El aviso de denegación también debe cumplir con los requisitos adicionales que se describen en la Regulación 29 CFR § 2590.715-2719 del Departamento de Trabajo.

(C) El período de tiempo para considerar una reclamación previa al servicio se suspenderá a partir de la fecha que la notificación de la extensión se envía al reclamante hasta que el reclamante cumple con cualquier solicitud de información adicional.

(iii) Reclamos de Atención Urgente. Un reclamo de atención urgente es un reclamo que requiere la notificación o aprobación antes de recibir atención médica, cuando el retraso en el tratamiento puede poner en grave peligro la vida del reclamante o la salud o la capacidad de recuperarse al máximo o, en opinión de un médico con conocimiento del estado de salud del reclamante, podría causar dolor severo.

(A) Un reclamante de atención urgente deberá recibir la notificación de la determinación de beneficios por escrito o por vía electrónica tan pronto como sea posible, pero no más tarde de 72 horas (o en cualquier otro momento según lo prescrito en las Regulaciones del Departamento de Trabajo) después de que el Administrador del Plan

recibe toda la información necesaria, teniendo en cuenta la gravedad del estado del reclamante. El aviso de negación puede ser oral con una confirmación por escrito o electrónica a seguir dentro de los 3 días. Si el reclamante presenta un reclamo de atención urgente de forma inadecuada, el Administrador del Plan, dentro de las 24 horas después de que se reciba la solicitud, notificará al reclamante la presentación inadecuada y cómo corregirlo. El reclamante tendrá 48 horas para proporcionar la información solicitada y se le notificará de una determinación a más tardar 48 horas después de la recepción del reclamo corregida o al final del período de 48 horas otorgadas al reclamante para proporcionar la información adicional solicitada.

(B) Un aviso de denegación deberá explicar el motivo(s) para la negación, referirse a la Sección(s) del Plan sobre el que se basa la denegación, y proporcionar los procedimientos de recurso de reclamación. El aviso de denegación también debe cumplir con los requisitos adicionales que se describen en la Regulación 29 CFR § 2590.715-2719 del Departamento de Trabajo.

(iv) Reclamos de Atención Concurrente.

(A) Toda solicitud de un reclamante para extender un curso de tratamiento continuo más allá de un período de tiempo determinado o número de tratamientos previamente aprobado, que es un reclamo de atención urgente como se define en el párrafo (iii), deberá decidirse lo antes posible, y el Administrador del Plan notificará al reclamante de la determinación en un plazo de 24 horas de la recepción de la solicitud, siempre que la reclamación se haga por lo menos 24 horas antes del final del período de tiempo o el número de tratamientos aprobados. Si la petición del demandante para que el tratamiento de atención de urgencia extendida no se hace por lo menos 24 horas antes del final del tratamiento aprobado, la solicitud será tratada como un reclamo de atención urgente, de conformidad con el párrafo (iii).

(B) Si un curso de tratamiento continuo fue aprobado previamente para un período de tiempo específico o número de tratamientos, y la solicitud del reclamante de extender el tratamiento no es urgente, la solicitud del demandante se considerará una nueva reclamación y se decidirá, de conformidad con los plazos de post- servicio o de pre-servicio, según corresponda.

(d) Apelación de Denegación de un Reclamo.

(i) Cualquier reclamante tendrá el derecho de apelar una "determinación adversa de beneficios", como se define en la Regulación 29 CFR § 2590.715-2719 del Departamento de Trabajo dentro de los 180 días desde la recepción de dicha determinación adversa de beneficios. Cualquier apelación será presentada al Administrador del Plan por escrito. Si la apelación se refiere a un reclamo de pago, la solicitud del reclamante debe incluir: el nombre del paciente y el número de identificación del plan; la fecha(s) de servicio(s) de atención médica; el nombre del proveedor; la razón(es) por las que el reclamante considera que el reclamo debe ser

pagado; y cualquier documentación o cualquier otra información por escrito para apoyar la solicitud del demandante del pago de reclamos.

(ii) La apelación será determinada por una persona que no sea la persona que hizo la determinación adversa de beneficios que es el objeto de la apelación, ni un subordinado de ese individuo. Si la apelación se relaciona con asuntos médicos, la apelación será revisada en consulta con un profesional de la salud independiente e imparcial que tenga formación y experiencia adecuadas en el campo particular de la medicina con el fin de tomar la decisión de atención médica y que no participó en la determinación previa. El Administrador del Plan puede consultar, o buscar la participación de expertos médicos independientes e imparciales, como parte del proceso de resolución de apelación. El reclamante aprueba esta referencia y al intercambio de información de la demanda relacionada con la salud. El reclamante tendrá derecho a revisar y responder a todas las pruebas o razones nuevas o adicionales que sean consideradas, tomadas en cuenta o generadas por el Plan u otra persona que tome la determinación de beneficios antes de que el Plan emita una determinación adversa de beneficios en la instancia de apelación. A petición y de forma gratuita el demandante tiene el derecho de acceso razonable y copias de todos los documentos, registros y otra información relacionada con el reclamo del solicitante de beneficios.

(iii) Se notificará al reclamante sobre la decisión tomada por el Administrador del Plan luego de la revisión, según corresponda, de conformidad con los requisitos de contenido y plazos estipulados en las regulaciones del Departamento de Trabajo, Título 29 del Código de Regulaciones Federales §§ 2560.503-1 y 2590.715-2719.

(iv) Al ser notificado de una determinación adversa en virtud de una apelación, se le permitirá al demandante, dentro de los 60 días de haber recibido la notificación de dicha determinación, presentar la notificación de una "apelación de segundo nivel" al Administrador del Plan. Una apelación de segundo nivel se decidirá de acuerdo con las reglas en el párrafo (ii).

(e) Los plazos para las determinaciones de apelaciones.

(i) Apelación de Reclamo Pre-Servicio. El Administrador del Plan dispondrá de 15 días, después de recibir la notificación de apelación (o apelación de segundo nivel), de la negación de los beneficios en virtud de un reclamo anterior al servicio, para notificar a la demandante por vía electrónica o por escrito de la determinación de la apelación.

(ii) Apelación de Reclamo Post- Servicio. El Administrador del Plan dispondrá de 30 días, después de recibir la notificación de apelación (o apelación de segundo nivel), de la negación de los beneficios en virtud de un reclamo posterior al servicio, para notificar al demandante por vía electrónica o por escrito de la determinación de la apelación.

(iii) Apelación de Reclamo Atención Urgente. Al recibir una notificación de apelación (o de segundo nivel de apelación) la determinación de un reclamo que involucre atención urgente, el Administrador del Plan notificará al reclamante de la

determinación de la apelación lo antes posible, teniendo en cuenta las exigencias médicas que rodean a la demanda, pero no más tarde de 72 horas. Se dará aviso al demandante por teléfono, fax, o de otra manera similarmente rápida. Las comunicaciones orales serán seguidas por escrito.

(iv) El Administrador del Plan tiene el derecho exclusivo de interpretar y aplicar las disposiciones del Plan y sus decisiones con respecto a las alegaciones son concluyentes y vinculantes.

(f) Apelaciones externas. Salvo que lo exija la ley aplicable, si un participante agota todas las vías de apelación internas, el Participante podrá iniciar una revisión externa. El proceso de revisión externa cumplirá con las leyes estatales o federales aplicables y las demás normas y procedimientos de los planes sin derechos adquiridos según lo prescrito en la Regulación 29 CFR § 2590.715-2719 del Departamento de Trabajo.

6.3 Procedimientos de Reclamos para beneficios basados en la determinación de discapacidad. (a) La presente sección se aplicará a cualquier reclamo hecho bajo un Programa de Beneficio Social que basa los beneficios en una determinación de discapacidad. En la medida en que este procedimiento es incompatible con el procedimiento de reclamo contenido en las políticas, los contratos, las descripciones resumidas del plan u otros materiales escritos para el Programa de Asistencia Social, el procedimiento de reclamo en tales políticas, contratos, descripciones resumidas del plan u otros materiales escritos sustituirán a este procedimiento, siempre y cuando los procedimientos de otros reclamos cumplan con la Regulación 29 CFR § 2560.503-1 del Departamento de Trabajo. Conforme a dicha regulación, todas las reclamaciones y apelaciones sobre los beneficios por discapacidad se adjudicarán de una manera diseñada para garantizar la independencia e imparcialidad de las personas involucradas en la toma de decisiones.

(b) Si se rechaza de manera total o parcial una reclamación de beneficios en función de la determinación de discapacidad, el reclamante o su Beneficiario recibirán una notificación por escrito que explique la "determinación adversa de beneficios", según se define en el Título 29 del Código de Regulaciones Federales § 2560.503-1, de manera apropiada respecto de la lingüística y la cultura. Un aviso de denegación explicará los motivos de la denegación, hará referencia a las secciones del Plan en las cuales se fundamenta dicha denegación y proporcionará los procedimientos de apelación de reclamaciones. El aviso de denegación también debe cumplir con los requisitos adicionales estipulados en las regulaciones del Departamento de Trabajo, Título 29 del Código de Regulaciones Federales § 2560.503-1. Entre otros requisitos, dicha regulación exige que los avisos de denegación para reclamaciones sobre discapacidad incluyan lo siguiente:

- (i) un debate sobre la decisión, lo que incluye, si corresponde, el fundamento de por qué se difiere o no se siguen las opiniones de los profesionales y profesionales de la salud que evaluaron la reclamación o las opiniones de los expertos médicos o profesionales de quienes se obtuvo asesoramiento para el Plan en relación con la determinación adversa de beneficios del reclamante, o

- por qué se está en desacuerdo con una determinación adversa de beneficios del reclamante emitida por la Administración del Seguro Social;
- (ii) las reglas internas, las directrices, los protocolos, las normas o demás criterios similares del Plan que se utilizaron para fundamentar la denegación de la reclamación, o bien, una declaración que explique que dichas reglas, directrices, protocolos, normas o criterios similares del Plan no existen;
 - (iii) si corresponde, una explicación del criterio médico o científico utilizado para tomar la determinación mediante la aplicación de los términos del Plan a las circunstancias médicas del reclamante, o una declaración que establezca que dicha explicación se proporcionará de forma gratuita a solicitud; y
 - (iv) una declaración que explique que el reclamante tiene derecho, a solicitud y de manera gratuita, a acceder de forma razonable a todos los documentos, registros y demás información pertinente a su reclamación de beneficios y a recibir todas las copias de estos.

Los reclamantes recibirán un aviso sobre las determinaciones adversas de beneficios en el transcurso de un plazo razonable, a más tardar 45 días después de que el Administrador del Plan haya recibido la reclamación. El Administrador del Plan podrá ampliar dicho plazo hasta por 30 días adicionales, siempre que el Administrador del Plan determine que la prórroga es necesaria debido a problemas fuera del control del Administrador del Plan y el demandante es notificado de la prórroga antes de la finalización del período inicial de 45 días y también se le notifica la fecha en que el Administrador del Plan espera tomar una decisión. La prórroga de 30 días puede ser extendida por un período adicional de 30 días si el Administrador del Plan determina que, por cuestiones ajenas a su voluntad, no puede tomar la decisión en el plazo original extendido. Cualquier aviso de extensión deberá enviarse al reclamante antes de que finalice el período inicial de 30 días, y deberá explicar las circunstancias que requieren la extensión, la fecha en que el Administrador del Plan espera tomar una decisión, las normas de adquisición del derecho del reclamante que se basa un beneficio, los problemas no resueltos que impiden una decisión sobre la solicitud, y la información adicional, si lo hay, que el reclamante debe presentar. El reclamante deberá estar provisto de al menos 45 días para proporcionar la información adicional. El período a partir del cual el reclamante es notificado de la información adicional requerida a la fecha en que el reclamante responda no se cuenta como parte del período de determinación.

(c) El reclamante tendrá 180 días para apelar una determinación adversa de beneficios. El reclamante tendrá derecho a revisar y responder a todas las pruebas o razones nuevas o adicionales que sean consideradas, tomadas en cuenta o generadas por el Plan u otra persona que tome la determinación de beneficios antes de que el Plan emita una determinación adversa de beneficios en la instancia de apelación. El reclamante será notificado sobre la decisión del Administrador del Plan después de la revisión en el transcurso de un plazo razonable, a más tardar 45 días después de que el Administrador del Plan haya recibido su solicitud de apelación. La determinación adversa de beneficios del Plan en instancia de revisión deberá incluir la información exigida por las regulaciones del Departamento de Trabajo, Título 29 del Código de Regulaciones Federales § 2560.503-1. Entre otros requisitos, esta determinación adversa de beneficios debe incluir una declaración que explique el derecho del reclamante a interponer una demanda judicial ante tribunales federales y una descripción del plazo de prescripción

contractual correspondiente que se aplique al derecho del reclamante a interponer una demanda judicial y su fecha de caducidad.

El período de 45 días podrá ser prorrogado por un período adicional de 45 días si el Administrador del Plan determina que circunstancias especiales (por ejemplo, la necesidad de celebrar una audiencia) requieren una extensión de tiempo y siempre que el solicitante sea notificado de la prórroga antes de que expire el período inicial de 45 días. Dicha notificación deberá indicar las circunstancias especiales que requieren la extensión y la fecha en que el Administrador del Plan espera tomar una decisión.

(d) El período de tiempo para considerar un reclamo de beneficios sobre la base de una determinación de discapacidad o para considerar una apelación de una determinación adversa de beneficios se suspenderá desde la fecha que se envía la notificación de la extensión al demandante o recurrente hasta que dicha persona cumple con la solicitud de información adicional.

6.4 Procedimiento de reclamos por prestaciones distintas a las prestaciones de salud o basadas en la determinación de la discapacidad.

(a) Si el Programa de Beneficio Social no describe un procedimiento de reclamo para los beneficios que satisface los requisitos de la Sección 503 de la ley ERISA, o el Administrador del Plan determina que no se aplicarán los procedimientos descritos en las secciones 6.2 o 6.3 con respecto a un Programa de Beneficio Social en particular, el procedimiento de reclamo descrito en la presente sección aplicará con respecto a un Programa de Beneficio Social particular si el Programa de Beneficio Social está sujeto a ERISA. Si el Programa de Beneficio Social no está sujeto a ERISA según lo determina el Administrador del Plan, entonces el procedimiento del reclamo contenido en las políticas, los contratos, las descripciones resumidas del plan u otros materiales escritos para el Programa de Beneficio Social sustituirá a este procedimiento.

(b) Si un participante o ex participante afirma un derecho a las prestaciones en virtud del Plan de que el participante no ha recibido, el participante o su representante autorizado deberá presentar un reclamo por escrito para tal beneficio con el Administrador del Plan. Si el Administrador del Plan niega total o parcialmente dicho reclamo, deberá notificar por escrito o electrónicamente al reclamante en un plazo razonable de tiempo, pero no más tarde de 90 días después de que el Administrador del Plan recibe el reclamo, a menos que el Administrador del Plan determine que circunstancias especiales requieren una prórroga del plazo, que no exceda de 90 días, para la tramitación del reclamo. Si el Administrador del Plan determina que se requiere una ampliación del plazo, deberá proporcionar al reclamante una notificación escrita de la prórroga antes de la finalización del período inicial de 90 días. Tal notificación deberá describir las circunstancias especiales que requieren la extensión de tiempo y especificar la fecha en que el Administrador del Plan espera tomar una determinación sobre el beneficio. Si el Administrador del Plan niega total o parcialmente un reclamo, deberá ser explicado en su determinación de beneficios, que se redactará de forma calculada para que sea entendida por el reclamante:

(i) las razones específicas de la denegación del reclamo;

(ii) referencia(s) específica a las disposiciones pertinentes del Plan en que se basa la determinación adversa de beneficios;

(iii) una descripción de cualquier material o información adicional necesaria para perfeccionar el reclamo y una explicación de por qué es necesario este tipo de material o información;

(iv) una explicación del procedimiento de revisión de reclamos del Plan, incluyendo los plazos de tiempo aplicables en virtud de dicho procedimiento; y

(v) una declaración de que el reclamante tiene derecho a iniciar una acción civil bajo la Sección 502(a) de ERISA después de una determinación adversa de beneficios en revisión.

(c) Un participante o ex participante cuyo reclamo de beneficios es negado podrá solicitar una revisión completa y justa de la determinación adversa de beneficios dentro de los 60 días siguientes a la notificación de la determinación adversa de beneficios por el Administrador del Plan. Al participante o ex participante:

(i) se le facilitará una revisión que tenga en cuenta todos los comentarios, documentos, registros y otra información presentada por el demandante en relación con el reclamo, sin tener en cuenta si tal información fue presentada o considerada en la determinación inicial;

(ii) se le facilitará, previa solicitud y de forma gratuita, el acceso razonable a, y copias de todos los documentos, registros y demás información pertinente al reclamo; y

(iii) puede presentar sus comentarios por escrito, documentos, registros y otra información relacionada con el reclamo al Administrador del Plan para su revisión.

(d) De conformidad con la Regulación 29 CFR § 2560.503-1(i)(1)(ii) del Departamento de Trabajo, el Administrador del Plan deberá tomar una decisión sobre la revisión dentro de un período razonable de tiempo, pero no más tarde de 60 días después de la recepción por parte del Administrador del Plan de la solicitud de revisión, a menos que circunstancias especiales (como la necesidad de celebrar una audiencia) requieren una extensión de tiempo para el procesamiento, en cuyo caso se deberá proporcionar al reclamante un aviso por escrito de la prórroga antes de la finalización del período inicial de 60 días. Tal notificación deberá describir las circunstancias especiales que requieren la extensión y especificar la fecha en la que el Administrador del Plan espera tomar su decisión. En ningún caso se dictará la decisión a más tardar de 120 días después de la recepción de la solicitud de revisión.

(e) El Administrador del Plan notificará por escrito o en forma electrónica su decisión con respecto a la apelación del reclamante que deberá estar escrita de una manera calculada para que ser entendida por el reclamante. Si hay una determinación adversa de beneficios en revisión, la decisión del Administrador del Plan deberá incluir:

- (i) las razones específicas para la determinación adversa de beneficios;
- (ii) referencia(s) específicas para las disposiciones pertinentes del Plan en que se basa la determinación adversa de beneficios;
- (iii) una declaración de que el reclamante tiene derecho a recibir, previa solicitud y de forma gratuita, el acceso razonable a, y copias de todos los documentos, registros y demás información pertinente al reclamo;
- (iv) una declaración que describa los procedimientos de apelación voluntarios que ofrece el plan y el derecho del reclamante a recibir información sobre cualquiera de dichos procedimientos; y
- (v) una declaración de que el reclamante tiene derecho a iniciar una acción civil bajo la Sección 502(a) de ERISA después de la determinación adversa de beneficios en revisión.

6.5 Beneficios no reclamados. Si dentro de un año después de que cualquier cantidad, se vuelva pagadera a un participante, cónyuge, dependiente o beneficiario y no haya sido reclamada o cualquier cheque emitido en virtud del Plan no se haya cobrado, siempre y cuando el Administrador del Plan haya realizado intentos razonables por tratar de hacer tales pagos, el importe de los mismos se perderá y dejará de ser un pasivo del Plan.

6.6 Derecho de Subrogación.

(a) Definiciones. Para propósitos de esta sección, se aplicarán las siguientes definiciones:

(i) Adjudicación. "Adjudicación" significa cualquier cantidad pagada a o en nombre de un individuo cubierto, de un tercero con respecto a una enfermedad, lesiones u otras pérdidas de un individuo cubierto, independientemente de si dicha cantidad es recibida como resultado de la sentencia de un tribunal de jurisdicción competente, liquidación, compromiso o no e independientemente de que dicho monto se clasifique como punitivo, compensatorio, reembolso de gastos médicos, o de otra manera.

(ii) Individuo cubierto. "Individuo cubierto" incluye al individuo para quien los beneficios son pagados por el Plan y sus herederos, tutores, albaceas u otros representantes.

(iii) Lesión o Enfermedad. "Lesión" o "Enfermedad" significa el término tal como se define en cada Programa de Beneficio Social.

(iv) Reembolso. "Reembolso" significa el derecho del Plan de recuperar cualquiera y todas las cantidades pagadas por gastos médicos de un individuo cubierto que recibe alguna adjudicación relacionada con la enfermedad, lesión u otra pérdida que resultó en el pago de estas prestaciones por parte del Plan.

(v) Subrogación. "Subrogación" significa el derecho del Plan a ser sustituido en lugar de algún individuo cubierto con respecto al reclamo, demanda o derecho de acción legal del individuo cubierto, contra un tercero que pueda haber injustamente causado la lesión, enfermedad o cualquier otra pérdida del individuo cubierto y que resultó en un pago de beneficios por parte del Plan.

(vi) Tercero. "Tercera Parte" incluye, pero no está limitado a, cualquier persona o entidad que causó, contribuyó a, o puede ser responsable de la lesión, enfermedad o cualquier otra pérdida del individuo cubierto. Tercera Parte incluirá cualquiera de las partes, como una compañía de seguros, que adquiere o pueda adquirir responsabilidad debido a las acciones de dicha persona o entidad, y también deberá incluir la cobertura de motorista sin seguro.

(b) Subrogación, Reembolso y Compensaciones de beneficios. Para cualquier y todos los beneficios pagados por el Plan para o en nombre de un individuo cubierto por razón de enfermedad, lesión o cualquier otra pérdida, el Plan tendrá los siguientes derechos:

(i) a subrogación de cualquier derecho de recuperación que el individuo cubierto pueda tener como resultado de dicha lesión, enfermedad o cualquier otra pérdida;

(ii) al reembolso de la cantidad de cualquier y todos los beneficios pagados a, o en nombre del individuo cubierto por razón de lesión, enfermedad o cualquier otra pérdida con respecto a la que el Plan tiene un derecho de subrogación conforme al párrafo (i) anterior de cualquier adjudicación que surja de dicha lesión, enfermedad o cualquier otra pérdida; y

(iii) a las compensaciones de beneficios de futuros reclamos por pagar por el Plan en nombre del individuo cubierto o miembros de la familia inmediata de un individuo cubierto para recuperar cualquiera y todas las cantidades pagadas a o en nombre del individuo cubierto por razón de dicha enfermedad, lesión u otra pérdida con respecto a la que el Plan tiene el derecho de subrogación de conformidad con el párrafo (i), y el derecho a reembolso en virtud del párrafo (ii), pero que no han, por la razón que sea, sido reembolsados o recuperados por el plan.

Los derechos de subrogación / reembolso / compensaciones de beneficios del Plan (que de aquí en adelante se llamarán colectivamente "Derechos de recuperación") deberán incluir el derecho de recuperar la cantidad que se debe al Plan de conformidad con sus Derechos de recuperación de cualquier adjudicación pagada a o para el beneficio del individuo cubierto. El Plan no reconoce la regla "de compensación completa" (Make whole) y un individuo cubierto puede no tener toda la compensación después de que los Derechos de recuperación del plan se hayan satisfecho.

(c) El pago antes de la determinación de la responsabilidad de un tercero. El Plan no cubre ni es responsable de los gastos por servicios o suministros efectuados por un individuo cubierto para cualquier enfermedad, lesión u otra pérdida que un tercero causó, contribuyó a causarla o pueda ser responsable por en la medida en que el individuo cubierto recibe cualquier

adjudicación de cualquier tercero. Sin embargo, sujeto a los términos y condiciones de esta Sección, el Plan, después de recibir un acuerdo de reembolso/subrogación/asignación ejecutado o firmado en la forma como el Administrador del Plan puede requerir, hará un pago anticipado de los beneficios de acuerdo con los términos del Plan, hasta que un tercero pague una adjudicación al o para el beneficio del individuo cubierto con respecto a dicha enfermedad, lesión o pérdida. Los términos y las disposiciones de dicho acuerdo de reembolso / subrogación / asignación se incorporan aquí por referencia y todo acuerdo deberá constituir una parte del Plan.

Al aceptar un pago anticipado de los beneficios del Plan, el individuo(s) cubierto solidariamente acepta que:

(i) el Plan tiene un derecho de gravamen prioritario frente a cualquier adjudicación pagada a o en nombre del individuo cubierto para asegurar que el reembolso se hará con prontitud; y

(ii) el Plan será subrogado en el derecho de recuperación de una tercera parte que tiene el individuo cubierto en la medida de pago anticipado de beneficios del Plan; y

(iii) dicho individuo(s) cubierto conjunta y solidariamente, reembolsará al Plan de cualquiera y todas las adjudicaciones pagadas o por pagar a dicho individuo(s) cubierto por un tercero, en la medida de pago anticipado de beneficios del Plan para reclamos relacionados con enfermedad, lesión u otras pérdidas; y

(iv) dicho individuo(s) cubierto asignará al Plan la totalidad de sus derechos, títulos e intereses sobre y para cualquier adjudicación pagada a o en su nombre por un tercero, en la medida de cualquier pago anticipado de beneficios efectuados y por hacer de acuerdo con los términos del Plan.

Los Derechos de recuperación del Plan incluyen pero no se limitan a todos los reclamos, demandas, acciones y derechos de recuperación de todos los individuos cubiertos contra cualquier tercero, incluyendo cualquier aseguradora de compensación para trabajadores o por una agencia gubernamental, y se aplicará en la medida de todos y cada uno de los pagos anticipados de beneficios efectuados y por hacer por el Plan.

(d) Acciones de recuperación. El Plan puede, a su discreción, iniciar cualquier acción legal o procedimiento administrativo que estime necesario para proteger sus Derechos de recuperación, y puede tratar o resolver cualquier acción o procedimiento en el nombre y con la plena cooperación del individuo cubierto. Sin embargo, al hacerlo, el Plan no representa, o proporciona representación legal para cualquier individuo cubierto con respecto a los daños del individuo cubierto en la medida en que dichos daños excedan cualquier pago anticipado de beneficios realizados o por efectuarse, de acuerdo con los términos de este Plan.

El Plan puede, a su discreción, intervenir en cualquier reclamo, acción legal o procedimiento administrativo iniciado por cualquier individuo cubierto contra cualquier tercero a causa de una supuesta acción negligente, intencional o de otra forma indebida que pueda haber

causado o contribuido a la enfermedad, lesión u otra pérdida del individuo cubierto que dio lugar a cualquier pago anticipado de beneficios por parte del Plan.

(e) Acuerdo de Reembolso / Subrogación / Asignación. Antes del pago anticipado de los beneficios para los cuales un tercero pueda ser responsable, el individuo cubierto en cuyo nombre puede efectuarse un pago anticipado de los beneficios deberá ejecutar y entregar cualquier y todos los acuerdos, instrumentos y documentos solicitados por o en nombre del Plan incluyendo un acuerdo de reembolso/subrogación/asignación ejecutado o firmado o en cualquier otro formato que el Administrador del Plan pueda requerir. El fracaso de un individuo cubierto de ejecutar o firmar dicho acuerdo de reembolso/subrogación/asignación o en cualquier otro formato que el Administrador del Plan pueda requerir, por cualquier razón, no exonera, pone en peligro, disminuye o de otra forma perjudica cualquiera de los Derechos de recuperación del Plan si el Plan, a su discreción, hace un pago por adelantado de los beneficios por cualquier razón, en ausencia de un acuerdo de reembolso / subrogación / asignación.

(f) Procedimiento Administrativo. El procedimiento administrativo estándar del Plan será determinar si un tercero podría ser considerado responsable de un reclamo. Los reclamos no se pagarán hasta que se tome esta determinación. Si se determina, por cualquier motivo, que el reclamo puede ser responsabilidad de un tercero, el Plan no procesará ningún reclamo sin un acuerdo de reembolso / subrogación / asignación debidamente firmado como se describe en esta sección.

(g) Cooperación con el Plan por todos los individuos cubiertos. Al aceptar un pago por adelantado de los beneficios, el individuo cubierto se compromete a no hacer nada que pueda exonerar, poner en peligro, disminuir o de otra forma perjudicar los Derechos de recuperación del Plan y hacer lo que sea necesario para proteger los Derechos de recuperación del Plan.

Al aceptar un pago por adelantado de los beneficios, el individuo cubierto se compromete a notificar y consultar con el Administrador del Plan o su designado antes:

(i) de iniciar cualquier acción legal o procedimiento administrativo en contra de un tercero sobre la base de una presunta actuación negligente, intencional o de otra forma indebida que pueda haber causado o contribuido a la enfermedad, lesión u otras pérdidas del individuo cubierto, que resultaron en el pago anticipado de los beneficios del Plan

(ii) de aceptar cualquier acuerdo de solución con un tercero que puede estar relacionado a cualquier acción por parte de terceros que pueda haber causado o contribuido a la enfermedad, lesión u otras pérdidas del individuo cubierto, que resultaron en el pago anticipado de los beneficios del plan relacionados con dicha enfermedad, lesión u otra pérdida.

Por otra parte, mediante la aceptación de un pago anticipado de los beneficios, el individuo cubierto se compromete a mantener informado al Administrador del Plan o su designado de todas las novedades significativas con respecto a todos los reclamos, acciones o procedimientos.

Los Derechos de recuperación del plan son activos del plan. El Plan o su representante podrán interponer una demanda en contra de un individuo cubierto si tal individuo cubierto no protege adecuadamente los Derechos de recuperación del Plan.

(h) Todos los ingresos recuperados han de aplicarse para reembolsar al Plan. Al aceptar un pago por adelantado de los beneficios para una enfermedad, lesión o cualquier otra pérdida, el individuo cubierto se compromete a reembolsar al Plan de todos los avances de cualquier adjudicación pagada o por pagar a o por cuenta de dicho individuo cubierto por un tercero. En tal caso, el Plan deberá ser reembolsado completamente dentro de los 31 días o el individuo cubierto será responsable de los intereses y todos los costes de recogida, incluyendo los honorarios razonables de abogados.

Si un individuo cubierto no reembolsa al Plan como se requiere por esta Sección, el Plan puede aplicar cualquier reclamo futuro por los beneficios que pueden llegarse a pagar en nombre de dicho individuo cubierto o cualquier miembro de la familia inmediata de dicho individuo cubierto al importe no reembolsado.

No obstante cualquier disposición en contrario contenida en el Plan, el Plan no pagará los beneficios futuros de los reclamos relacionados con una enfermedad, lesión u otra pérdida con respecto a los cuales la adjudicación se pagó a o en nombre de un individuo cubierto, a menos que el Administrador del Plan determine que la adjudicación era razonable y los reclamos posteriores no fueron reconocidos en la adjudicación.

(i) Prioridad de la Ley del Estado. En la medida en que este Plan es un Plan de beneficios de bienestar social para el empleado autoasegurado, ERISA antepone cualquier ley estatal que pretende limitar, restringir o alterar de otro modo los Derechos de recuperación del Plan.

(j) Cobertura del seguro de automóvil a todo riesgo. No obstante cualquier disposición en contrario contenida en el Plan, si un individuo cubierto debe tener seguro de automóvil contra todo riesgo, el asegurador que provee el seguro de automóvil contra todo riesgo, inicialmente será responsable por cualquier y todos los gastos pagados por este Plan hasta la cantidad mayor que:

- (i) la cantidad máxima del beneficio de reparación básica requerida por la ley aplicable, o
- (ii) la cantidad máxima de la cobertura del seguro de automóvil contra todo riesgo aplicable en efecto.

A partir de lo ante expuesto, el Plan considerará todos los cargos y gastos adicionales previstos en las disposiciones aplicables de este Plan en el que se proporciona cobertura al individuo cubierto. Antes de que los reclamos relacionados se paguen a través del Plan, se requerirá que el individuo cubierto firme un acuerdo de reembolso / subrogación / asignación o cualquier otro medio que el Administrador del Plan pueda requerir.

Si el individuo cubierto no puede obtener el seguro contra todo riesgo exigido por la ley estatal, entonces se considera al individuo cubierto como autoasegurado y debe pagar el monto

de cualquier y todos los gastos consecuencia del accidente que han sido pagados por el Plan por cualquier y todas las personas cubiertas.

(k) Reembolso de exceso de pago de beneficios – Derecho de recuperación. Si el Plan paga beneficios por los gastos incurridos a cuenta de un Individuo Cubierto, el Individuo Cubierto o cualquier otra persona u organización que fue pagado debe hacer un reembolso al Plan si:

(i) todos o algunos de los gastos no fueron pagados, o legalmente no tenían que ser pagados por el individuo cubierto

(ii) todos o algunos de los pagos realizados por el Plan superan los beneficios del Plan; o

(iii) todos o algunos de los gastos fueron recuperados de, o pagados por, una fuente distinta a este Plan, incluyendo otro plan por el cual este Plan tiene la responsabilidad secundaria bajo las disposiciones de la Coordinación de Beneficios.

Esto puede incluir los pagos efectuados como consecuencia de reclamos contra una tercera parte por negligencia, o actos u omisiones intencionales o de otros modos ilícitos. El reembolso será igual al monto que el plan pagó en exceso de la cantidad que debería haber pagado por el Plan. En el caso de recuperación de o pago de una fuente que no sea este Plan, el reembolso es igual a la cantidad de la recuperación o el pago por el importe que pagó el Plan.

Si un individuo cubierto o cualquier persona u organización a quien se le pagó no devuelve oportunamente el monto total, el Plan puede reducir la cantidad de cualquier beneficio futuro que sea pagadero bajo el Plan. Las reducciones serán igual al importe de la restitución requerida. El Plan puede tener otros derechos, además del derecho a la reducción de futuros beneficios.

ARTÍCULO VII

Disposiciones especiales de cumplimiento

7.1 Uso y Divulgación de Información de Salud Protegida. (a) Cualquier plan de salud en el marco del Plan deberá utilizar la información de salud protegida ("PHI", siglas en inglés) en la medida y de acuerdo con los usos y divulgaciones permitidas por la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros de Salud de 1996 ("HIPAA", siglas en inglés) y Para fines de esta Sección, el plan de salud tendrá el significado tal como se define en HIPAA. Específicamente, cualquier plan de salud deberá utilizar y divulgar su PHI para propósitos relacionados con el tratamiento, pago y operaciones por la atención médica.

(b) Tratamiento de atención médica. Tratamiento de atención médica significa la provisión, coordinación o gestión de la atención médica y los servicios relacionados por uno o más proveedores de atención médica. También incluye la coordinación o la gestión de la atención médica por un proveedor de atención médica y un tercero y la consulta o referencias entre un proveedor de atención médica y otros.

(c) Pago. El pago incluye actividades realizadas por cualquier plan de salud para obtener las primas o determinar o cumplir con su responsabilidad en la cobertura y la prestación de los beneficios del plan, o para obtener o proporcionar el reembolso de la prestación de atención médica, que se refieren a un individuo al que se preste atención médica. Estas actividades incluyen, pero no se limitan a, lo siguiente:

(i) determinación de la elegibilidad, la cobertura y las cantidades de los costos compartidos (por ejemplo, el costo de un beneficio, los máximos del plan y copagos según lo determinado para el reclamo de un individuo);

(ii) coordinación de los beneficios;

(iii) adjudicación de reclamos de atención médica (incluyendo apelaciones y otras disputas de pago);

(iv) subrogación de reclamos de atención médica;

(v) establecimiento de las contribuciones de los empleados;

(vi) ajustar el monto adeudado en función de riesgo tomando como base el estado de salud del afiliado y las características demográficas;

(vii) facturación, actividades de recolección y procesamiento de datos relacionados con la atención médica;

(viii) gestión de reclamos y procesamiento de datos relacionados con la atención médica, incluyendo los pagos de auditoría, investigación y resolución de disputas de pagos y responder a las consultas de los participantes acerca de los pagos;

(ix) obtener pago en virtud de un contrato de reaseguro (incluyendo seguros de contención de pérdidas y exceso de pérdidas);

(x) revisión de la necesidad médica o revisión de la idoneidad de la atención o la justificación de los gastos;

(xi) revisión de la utilización, incluida la certificación previa, autorización previa, revisión concurrente y revisión retrospectiva;

(xii) divulgación a las agencias de informes de los consumidores información relacionada con el cobro de las primas o el reembolso (el siguiente PHI puede divulgarse para fines de pago: nombre, dirección, fecha de nacimiento, número de seguro social, historial de pago, número de cuenta y el nombre y la dirección del proveedor y / o plan de salud); y

(xiii) el reembolso a un plan de salud.

(d) Operaciones de Atención médica. Las operaciones de atención médica incluyen, pero no están limitadas a las siguientes actividades:

(i) evaluación de la calidad;

(ii) actividades poblacionales que se relacionan con mejorar la salud o reducir los costos de atención médica, desarrollo de protocolos, administración de casos y coordinación de la atención, ponerse en contacto con los proveedores de salud y pacientes con información sobre tratamientos alternativos y funciones relacionadas que no incluyen tratamiento;

(iii) calificación de proveedores y desempeño de los planes de salud, incluyendo acreditación, certificación, o actividades de acreditación o concesión de licencias;

(iv) asegurar, fijar las primas y otras actividades relacionadas a la creación, renovación o reposición de un contrato de seguro de salud o beneficios de salud, y la cesión, aseguramiento o colocación de un contrato de reaseguro de riesgo en relación a reclamos de atención médica (incluyendo seguro de contención de pérdidas y seguro de pérdidas excesivas)

(v) organizar o realizar revisiones médicas, servicios legales y funciones de auditoría, incluidos los programas de cumplimiento y detección de fraude y abuso;

(vi) planificación y desarrollo empresarial, tales como realizar gestión de costos y análisis relacionados con la planificación y el funcionamiento del plan de salud, incluyendo desarrollo de formularios o mejorar los métodos de pago o políticas de cobertura; y

(vii) actividades administrativas generales y gestión empresarial del plan de salud, incluyendo, pero no limitado a:

(A) las actividades de gestión en relación con la aplicación y el cumplimiento de los requisitos de simplificación administrativa de la HIPAA;

(B) el servicio al cliente, incluyendo la provisión de los análisis de datos de los asegurados, patrocinadores del plan u otros clientes, siempre que la información protegida de salud no sea revelada a dichos asegurados,, patrocinador del plan, o cliente;

(C) Resolución de quejas internas; y

(D) la debida diligencia en relación con la venta o transferencia de activos a un potencial sucesor en interés, si el potencial sucesor en interés es una "entidad cubierta" bajo HIPAA o, tras la finalización de la venta o transferencia, se convertirá en una entidad cubierta.

(e) Un plan de salud va a usar y divulgar su PHI como lo requiere la ley y según lo permita la autorización del participante o de otro individuo cubierto. Con una autorización, un plan de salud deberá revelar PHI a planes de pensiones, planes de discapacidad, planes de beneficios

recíprocos, y a las aseguradoras de compensación de trabajadores, con fines relacionados con la administración del plan de salud.

(f) Un plan de salud deberá revelar PHI al empleador únicamente si recibe una certificación del empleador que los documentos del plan de salud han sido modificados para incorporar las siguientes disposiciones y que el empleador se compromete a:

(i) no utilizar o divulgar más la PHI, excepto en las formas permitidas o requeridas por el documento del plan de salud o como lo requiere la ley;

(ii) asegurar que todos los agentes, incluidos los subcontratistas, a quienes el empleador proporciona la PHI recibida de un plan de salud aceptan las mismas restricciones y condiciones que se aplican al empleador con respecto a tal PHI;

(iii) no usar o revelar PHI para las acciones y las decisiones relacionadas con el empleo, salvo autorización de la persona;

(iv) no utilizar o divulgar su PHI en relación con cualquier otro beneficio o plan de beneficios del empleador, salvo autorización de la persona;

(v) informar a la persona designada del plan de salud cualquier uso o divulgación de la PHI que es incompatible con los usos o divulgaciones contempladas;

(vi) poner la PHI a disposición de una persona de conformidad con los requisitos de acceso de la HIPAA;

(vii) tener la PHI disponible para modificación e incorporar cualquier modificación a la PHI de conformidad con HIPAA;

(viii) poner a disposición la información necesaria para dar cuenta de las revelaciones;

(ix) tener las prácticas internas, libros y registros del Empleador relacionados con el uso y la divulgación de la PHI recibida del Plan, a disposición del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU. a fin de determinar el cumplimiento del plan de salud con HIPAA;

(x) asegurarse de que haya una separación adecuada entre el plan de salud y el Empleador como es requerido por HIPAA; y

(xi) de ser posible, devolver o destruir toda la PHI recibida del plan de salud que el Empleador mantiene en cualquier forma, y no conservar ninguna copia de dicha PHI cuando ya no sea necesaria para los fines para los que se hizo la divulgación (o si la devolución o destrucción es no es posible, limitar los usos y divulgaciones posteriores a aquellos efectos que hacen que la devolución o destrucción no sea factible).

(g) Sólo aquellos empleados o clases de empleados identificados en las políticas y procedimientos de privacidad del Plan pueden tener acceso y utilizar y divulgar su PHI para las

funciones de administración del Plan que el Empleador realiza para el plan de salud. Si estas personas no cumplen con este documento del plan de salud, el empleador deberá proveer un mecanismo para resolver los problemas de falta de cumplimiento, incluidas las sanciones disciplinarias.

(h) Seguridad. El Empleador aplicará las medidas de seguridad con respecto a la PHI en la medida de y de conformidad con las normas de seguridad implementadas por HIPAA. En concreto, el Empleador deberá:

(i) poner en práctica medidas de seguridad administrativas, físicas y técnicas que protejan razonablemente y apropiadamente la confidencialidad, integridad y disponibilidad de la información de salud protegida electrónica que crea, recibe, mantiene o transmite en nombre del plan;

(ii) asegurar que la separación adecuada entre el Plan y el empleador se apoya en medidas de seguridad razonables y apropiadas;

(iii) garantizar que cualquier agente, incluidos los subcontratistas, a quienes proporciona información acuerda implementar medidas de seguridad razonables y apropiadas para proteger la información (por ejemplo, en el caso de que el Empleador proporciona información al corredor para las licitaciones de renovación); e

(iv) informar al Plan de cualquier incidente de seguridad del que tenga conocimiento.

7.2 Derechos de Inscripción Especial. (a) De conformidad con las reglas especiales de inscripción de la HIPAA, si un empleado elegible declina la cobertura en un plan de salud de grupo para sí mismo y / o su cónyuge y dependientes debido a otra cobertura de seguro de salud, es posible que pueda inscribirse en el plan de salud de grupo si pierde la elegibilidad para la otra cobertura, siempre que el participante solicite la inscripción dentro de los 30 días después de terminar la otra cobertura.

Si un participante tiene un nuevo cónyuge o dependiente como resultado de matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción, él o ella puede ser capaz de inscribirse a sí mismo, a su cónyuge y dependientes en el grupo de Programa de Beneficio Social de la salud siempre que la inscripción se solicite dentro de los 30 días posteriores al matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción.

(b) Los empleados, cónyuges y dependientes que son elegibles pero no están inscritos en un plan de salud de grupo que figura en el Apéndice A pueden inscribirse cuando:

(i) la cobertura de Medicaid o el Programa de Seguro Médico para Niños ("CHIP", siglas en inglés) del empleado, de su cónyuge o dependientes se termina como resultado de la pérdida de elegibilidad y el Empleado elegible solicita cobertura bajo un plan de salud de grupo que figura en el Apéndice A en los 60 días siguientes a la terminación, o

(ii) El Empleado, cónyuge o dependiente es elegible para recibir un subsidio de asistencia para las primas de Medicaid o CHIP y el Empleado elegible solicita cobertura bajo un plan de salud de grupo que figura en el Apéndice A en los 60 días después de que se determina la elegibilidad.

Las reglas especiales de inscripción de esta Sección 7.2 no se aplican a alcances limitados de beneficios dentales o de la vista o de ciertas cuentas de gastos flexibles de atención médica (por ejemplo, cuentas de gastos de atención médica que limitan los beneficios a las cantidades de reducción del sueldo de los empleados).

7.3 Órdenes de Manutención Médica Infantil Calificada. Una orden de manutención médica infantil calificada ("QMCSO", siglas en inglés) es una orden dictada en virtud de la ley de relaciones domésticas del estado por un tribunal o una agencia estatal autorizada por la ley estatal para emitir órdenes de manutención infantil que requiere un plan de salud de grupo para proporcionar a un hijo(s) de un empleado con cobertura de seguro de salud. El Administrador del Plan debe cumplir con los términos de cualquier QMCSO que recibe, y deberá:

(a) Establecer procedimientos razonables para determinar si una orden de manutención médica infantil es una QMCSO como se define en la Sección 609 de la ley ERISA (estos procedimientos están disponibles, de forma gratuita, para los participantes y beneficiarios que lo soliciten al Administrador del Plan);

(b) Notificar sin demora al Participante y cualquier receptor suplente de la recepción de una orden de manutención médica infantil, y los procedimientos del plan de salud de grupo para determinar si la orden de manutención médica infantil es una QMCSO; y

(c) En un plazo de tiempo razonable después de la recepción de dicha orden, determinar si tal orden es una QMCSO y notificar al Participante y cada destinatario alternativo de dicha determinación.

7.4 Programas Estatales de Medicaid. La elegibilidad para la cobertura o la inscripción en un programa estatal de Medicaid no afectará la elegibilidad de un empleado, cónyuge o dependiente para la cobertura de salud o beneficios de salud del Plan.

7.5 Cobertura durante una licencia de la FMLA y licencia de la FFCRA. Un participante en un permiso de ausencia que califica como licencia bajo la Ley de Permiso Médico y Familiar de 1993 ("FMLA", siglas en inglés) puede continuar recibiendo la cobertura del plan de salud de grupo de este Plan durante dicha licencia junto con su cónyuge y sus dependientes elegibles, como si ese participante no hubiera experimentado una interrupción en el empleo activo hasta el final de dicho período de licencia FMLA, o, si es anterior, a la fecha en que el participante comunica que él o ella no tiene intención de volver a trabajar al final del período de FMLA. El Participante deberá hacer las contribuciones requeridas para la cobertura del plan de salud de grupo durante ese período en el tiempo y forma que el Administrador del Plan puede exigir conforme a las normas federales aplicables y de acuerdo con los términos de cualquier Código aplicable Sección 125 Plan de cafetería patrocinado por el empleador.

Si un participante no continúa con la cobertura de salud de grupo o con otro tipo de cobertura, pero vuelve a trabajar antes de la expiración de la licencia FMLA, él o ella debe ser reinstalado en su cobertura de beneficios, incluyendo la cobertura de atención médica de grupo, en el mismo nivel y en las mismas condiciones como si no se hubiera habido licencia.

Además, si el Empleador tiene menos de 500 empleados y satisface todos los criterios aplicables para estar sujeto a la Ley Familias Primero de Respuesta al Coronavirus (Families First Coronavirus Response Act, FFCRA), cumplirá con los requisitos de licencia con goce de sueldo en virtud de la FFCRA, que comienza el 1 de abril de 2020, y termina el 31 de diciembre de 2020. Un Participante que se toma una licencia expandida familiar y médica o licencia por enfermedad con goce de sueldo en virtud de la FFCRA puede continuar con su cobertura de salud grupal en virtud de este Plan durante la licencia en los mismos términos que si el Participante no se tomara una licencia.

7.6 Reglas especiales para la cobertura de maternidad controles infantiles. Cualquier plan de salud disponible en el Plan no podrán limitar los beneficios para la duración de la estancia hospitalaria en relación con el parto para la madre o para el recién nacido a menos de 48 horas después de un parto vaginal, o a menos de 96 horas después de una cesárea. El proveedor tratante o médico, después de consultar con la madre, puede dar el alta a la madre o al recién nacido antes de las 48 horas (o 96 horas según el caso). No obstante lo anterior, el plan de salud y los emisores no pueden exigir que un proveedor obtenga autorización del plan de salud o del emisor para prescribir la duración de la estancia que no exceda de 48 horas o 96 horas, según sea el caso.

7.7 Regla Especial para la Salud de la Mujer. Si un plan de beneficios de salud disponible en el plan proporciona beneficios médicos y quirúrgicos para procedimientos de mastectomía, deberá proporcionar cobertura para la cirugía reconstructiva después de una mastectomía. Esta ampliación de la cobertura incluye la reconstrucción de la mama sobre la que se ha realizado la mastectomía, cirugía y reconstrucción del otro seno para producir una apariencia simétrica, y prótesis y tratamiento de complicaciones físicas en todas las etapas de la mastectomía, incluyendo el linfedema. Estos procedimientos pueden estar sujetos a los deducibles anuales y a las disposiciones de coaseguro que son similares a las que se aplican a otros beneficios bajo el plan o cobertura.

7.8 Licencia militar.

El derecho de un participante de continuar participando en un plan de salud de grupo disponible bajo este plan para sí mismo, cónyuge y dependientes durante un permiso de ausencia por servicio militar activo está protegido por la Ley de Derechos de Empleo y Reempleo de los Servicios Uniformados ("USERRA", siglas en inglés).

(a) Los participantes pueden optar por continuar con la cobertura del plan de salud de grupo bajo el Plan por un período de tiempo que es el menor de:

(i) el período de 24 meses a partir del primer día de licencia militar del Participante, o

(ii) el período que comienza el primer día de licencia militar del Participante y que finaliza en la fecha en que el participante no regresa de un permiso militar o solicita reemplazo como se requiere bajo USERRA.

(b) En caso de que la ausencia para el servicio militar de un participante sea menos de 31 días, se le solicitará al participante que pague la cuota de empleado regular del costo de la cobertura del plan de salud de grupo. Si la ausencia del participante es de 31 días o más, se le solicitará al participante (cónyuge y dependientes bajo el Plan) que pague no más del 102% del costo total de la cobertura del plan de salud de grupo.

(c) La continuación de la cobertura del plan de salud de grupo USERRA, para fines de COBRA se considera como una cobertura alternativa del plan de salud de grupo. Por lo tanto, si un participante elija la continuación de la cobertura USERRA, la continuación de la cobertura de salud grupal de COBRA no estará disponible.

(d) Los participantes que regresan de la licencia militar serán reintegrados al ser reemplazados, y no se impondrá ninguna exclusión o período de espera si no se hubiera impuesto dicha exclusión o período de espera si la cobertura del participante no se hubiera terminado debido a la ausencia militar. Este párrafo no se aplicará a las enfermedades o lesiones que, el Secretario de Asuntos de Veteranos o su representante determine que se han originado en, o agravado durante el cumplimiento del servicio militar.

(e) En ningún caso, los beneficios disponibles bajo este Plan durante un período de licencia militar calificada USERRA deberán ser menos generosos que los beneficios disponibles en otros períodos de licencia comparables aprobados por el Empleador (por ejemplo, familiar y médica).

7.9 COBRA.

(a) Derechos legales a la continuación de cobertura bajo la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria ("COBRA", siglas en inglés). El empleador, en la medida requerida por la ley, deberá ofrecer a un Participante y / o cónyuge o hijo dependiente, quien como resultado de un "evento que califica", se convierte en inelegible para participar en un plan de salud de grupo, tal como se define en la Sección 607(l) de ERISA, bajo el plan la oportunidad de temporalmente extender la cobertura bajo las a tarifas de grupo de este plan de salud. Una pareja de hecho no se considerará un cónyuge para fines de COBRA, por lo que no tendrá derecho a la continuación de la cobertura de COBRA a menos que sea requerido por la ley aplicable. Sin embargo, el Empleador podrá, únicamente a su propia discreción y exclusivamente en la forma que determine, proporcionar continuidad de la cobertura a las parejas de hecho que son beneficiarios del Plan.

(b) Eventos que califican.

(i) Todo participante que pierde la cobertura del plan de salud de grupo o para los que los pagos de primas o contribuciones aumentan como resultado de uno de los

siguientes eventos que califican, serán elegibles para la continuación de cobertura de COBRA.

(A) La reducción de las horas de trabajo de los Participantes;

(B) la terminación voluntaria o involuntaria del trabajo del Participante por causas distintas a las de una falta de conducta grave; o

(C) la petición de quiebra del Empleador bajo el Título XI de la Ley de Bancarrota, si el Participante es un empleado jubilado.

(ii) un cónyuge que pierde la cobertura del plan de salud de grupo o para quién los pagos de primas o contribuciones aumentan como resultado de uno de los siguientes eventos que califican, serán elegibles para la continuación de cobertura de COBRA.

(A) la terminación voluntaria o involuntaria del trabajo del participante por causas distintas a las de una falta de conducta grave, o la reducción de horas de trabajo del participante;

(B) El fallecimiento del Participante;

(C) El divorcio o la separación legal del Participante y el Cónyuge;

(D) La inscripción en Medicare (Parte A o B) por el participante; o

(E) la petición de quiebra del Empleador bajo el Título XI de la Ley de Bancarrota, si el participante es un empleado jubilado.

(iii) Un hijo dependiente del participante que pierde la cobertura del plan de salud de grupo o para quién los pagos de primas o contribuciones aumentan como resultado de uno de los siguientes eventos, tendrá derecho a la continuación de la cobertura de COBRA.

(A) La pérdida de la condición de dependiente bajo el plan de salud de grupo;

(B) la terminación voluntaria o involuntaria del trabajo del Participante por causas distintas a las de una falta de conducta grave, o la reducción de las horas de trabajo del participante;

(C) El fallecimiento del Participante;

(D) El divorcio o la separación legal del Participante y el Cónyuge;

(E) La inscripción en Medicare (Parte A o B) por el participante; o

(F) la petición de quiebra del empleador bajo el Título XI de la Ley de Bancarrota, si el participante es un empleado jubilado.

(c) Beneficiario Calificado. Un beneficiario calificado es un participante, cónyuge o hijo dependiente quien el día antes de un evento que califica está cubierto por un plan de salud de grupo disponible bajo el Plan. El Beneficiario Calificado incluye a los niños nacidos de, adoptados por, o colocados en adopción con el participante durante su período de continuación de cobertura de COBRA. Tal período de cobertura de su hijo se determinará de acuerdo a la fecha en que empezó el período de continuación de cobertura de COBRA del Participante. Una pareja de hecho no es un Beneficiario Calificado para fines de COBRA, por lo que no tendrá derecho a la continuación de cobertura de COBRA, como se describe en el presente artículo VII menos que sea requerido por la ley aplicable.

(d) Notificaciones. Un beneficiario calificado que desee recibir la continuación de cobertura de COBRA como resultado de un divorcio o separación legal debe notificar al administrador del plan dentro de los 60 días siguientes a tal divorcio o separación legal. Un beneficiario calificado que desee recibir la continuación de cobertura COBRA como resultado de la pérdida de la condición de dependiente bajo el plan de salud de grupo disponible bajo el Plan deberá notificar al administrador del plan dentro de los 60 días siguientes a esa pérdida de la condición de dependiente.

El beneficiario calificado deberá ser notificado de su derecho a elegir la continuación de cobertura y el costo de hacerlo. Deberá elegir la continuación de cobertura dentro de los 60 días después de que la fecha de cobertura del plan de salud de grupo disponibles bajo el Plan termina o la fecha en que el beneficiario calificado es notificado del derecho a elegir la cobertura de continuación.

Si el beneficiario calificado no elige la continuación de cobertura, la cobertura bajo el plan de salud de grupo disponible bajo el Plan cesará. Si el beneficiario calificado elige la continuación de cobertura, tal plan de salud de grupo proporcionará una cobertura idéntica a la que está disponible para los empleados activos en situación similar, incluyendo la oportunidad de elegir entre las opciones disponibles durante un período de inscripción abierta.

(e) Costos. El beneficiario calificado debe pagar el costo total de dicha cobertura al Plan que un empleado activo en una situación similar. El Plan puede cobrar un cargo administrativo del 2%. La prima de COBRA puede aumentar hasta el 150% de la prima total en una extensión de discapacidad como se describe en el párrafo (f)(iv).

(f) Período máximo de continuación.

(i) Un beneficiario calificado que pierde la cobertura del plan de salud de grupo disponible bajo el Plan como consecuencia de la muerte del participante, la elegibilidad del participante para Medicare, el divorcio, la separación legal o la pérdida de condición de dependiente en dicho plan de salud de grupo y elige la continuación de cobertura de COBRA tendrá derecho a recibir hasta 36 meses de continuación de cobertura de COBRA a partir de la fecha en que se produjo el evento de calificación.

(ii) Un beneficiario calificado que pierde la cobertura del plan de salud de grupo, como resultado de la terminación de empleo o reducción de horas de trabajo del Participante y elija la continuación de cobertura de COBRA tendrá derecho a recibir hasta 18 meses de continuación de cobertura de COBRA a partir de la fecha en que el evento de calificación ocurrió. Si un segundo evento de calificación se produce durante dicho período de 18 meses, el período de continuación de cobertura COBRA podrá ser prorrogado por un período adicional de 18 meses para cada beneficiario calificado (que no sea un empleado cubierto). El beneficiario calificado debe notificar al administrador del plan dentro de los 60 días de un segundo evento que califica para recibir los 18 meses adicionales de la continuación de cobertura. Un segundo suceso calificador es un evento que se produce durante el período inicial de 18 meses que habría dado lugar a una pérdida de la cobertura del plan de salud de grupo para el beneficiario calificado en ausencia del primer evento clasificatorio. En ningún caso, sin embargo, el período de continuación de cobertura de COBRA de cualquier Beneficiario Calificado deberá ser superior a 36 meses.

(iii) Un beneficiario calificado (que no sea el participante) que pierde la cobertura del plan de salud de grupo, como resultado de la terminación de empleo o reducción de horas de trabajo del Participante y tal evento se produce dentro de los 18 meses siguientes a la inscripción del participante en Medicare, tendrá derecho a recibir hasta 36 meses de continuación de cobertura de COBRA que comiencen en la fecha en que el participante se inscribió en Medicare.

(iv) Si el evento de calificación que se produce es la terminación de empleo o reducción de horas de trabajo del Participante, cualquier beneficiario calificado que se considere que ha sido inhabilitado, según lo determinado por la Administración del Seguro Social, en cualquier momento durante los primeros 60 días de la continuación de cobertura de COBRA será elegible para extender el período de continuación de cobertura de COBRA a 29 meses. En el caso de un niño nacido o adoptado por un participante durante el período de la continuación de cobertura de COBRA del Participante, dicho período de 60 días comenzará a partir de la fecha de nacimiento o la colocación de la adopción. Esta prórroga se aplicará a los miembros de la familia cubiertos del Beneficiario Calificado. Tal beneficiario calificado debe notificar al administrador del plan de la discapacidad por escrito dentro de los 60 días siguientes a la fecha de la determinación realizada por la Administración de la Seguridad Social y antes del final del período de continuación de cobertura de 18 meses. Un beneficiario calificado recibiendo la continuación de cobertura de COBRA extendida debido a una discapacidad debe informar al administrador del plan dentro de los 30 días de haber recibido una determinación final de que él o ella ya no está discapacitado.

(v) Si el evento de calificación que se produce es la quiebra del empleador, el período máximo de cobertura de un beneficiario calificado que es un empleado cubierto jubilado termina en la fecha de la muerte del empleado cubierto jubilado. El período máximo de cobertura para un beneficiario calificado que sea el cónyuge, el cónyuge sobreviviente, o hijos dependientes del empleado cubierto jubilado termina en la primera

de -(A) La fecha del fallecimiento del beneficiario calificado; o (B) La fecha que se encuentra a 36 meses después de la muerte del empleado cubierto jubilado.

(g) La terminación de la continuación de la cobertura de COBRA. La continuación de la cobertura de COBRA cesará al momento de que ocurra cualquiera de los siguientes eventos:

(i) El empleador deja de proporcionar cobertura del plan de salud de grupo a cualquiera de sus empleados;

(ii) El Beneficiario Calificado deja de pagar la prima o contribución requerida dentro de los 30 días después de su fecha de vencimiento;

(iii) El beneficiario calificado se inscribe, después de la fecha de elección de la continuación de cobertura de COBRA, bajo otro plan de salud de grupo, incluyendo un plan del gobierno, que no contiene ninguna exclusión o limitación con respecto a cualquier condición preexistente de tal Beneficiario Calificado (distintas a una exclusión o limitación que quedan sin efecto en virtud de la ley);

(iv) El beneficiario calificado se inscribe en Medicare después de la fecha de elección de la continuación de la cobertura de COBRA;

(v) El beneficiario calificado ha extendido la continuación de cobertura de COBRA debido a una discapacidad y posteriormente la Administración del Seguro Social determina que ya no está discapacitado;

(vi) El período máximo requerido de continuación de cobertura de COBRA caduca; o

(vii) Por causa, tales como la presentación de reclamaciones fraudulentas, que daría lugar a la terminación de la cobertura de un empleado activo en una situación similar.

(h) Segundo período de elección. Un Participante y sus familiares cubiertos pueden ser elegibles para elegir la continuación de cobertura durante un segundo periodo de elección si dicho Participante:

(i) está recibiendo beneficios de asistencia de ajuste comercial en virtud de la Ley de Comercio de 2002 (o sería elegible para recibir beneficios de asistencia de ajuste comercial, pero no ha agotado las prestaciones por desempleo);

(ii) ha perdido la cobertura de salud debido a la terminación del empleo que resultó en la elegibilidad para recibir beneficios de asistencia de ajuste comercial en virtud de la Ley de Comercio de 2002; y

(iii) no eligió la continuación de cobertura de COBRA durante el período inicial de elección de COBRA.

El segundo periodo de elección es el período de 60 días a partir del primer día del mes en el cual el participante se convierte en elegible para ese segundo periodo de elección, pero sólo si la elección está dentro del período de seis meses después de que el participante pierde inicialmente la cobertura. La continuación de cobertura de COBRA comienza el primer día del segundo periodo de elección. Dicha cobertura no es retroactiva a la fecha en que el participante inicialmente pierde la cobertura.

7.10 La Ley de No Discriminación por Información Genética de 2008 (“GINA”). (a) A menos que esté permitido, el Empleador no puede solicitar o exigir ningún tipo de información genética al Empleado o a los miembros de la familia del Empleado.

(b) "La información genética", según se define en GINA, incluye el historial médico de la familia de un individuo, los resultados de las pruebas genéticas de un individuo o un miembro de la familia, el hecho de que un individuo o un miembro de la familia del individuo haya solicitado o recibido servicios genéticos, o la información genética de un feto del individuo o de un miembro de la familia del individuo o un embrión legalmente en poder del individuo o un miembro de la familia que está recibiendo servicios de asistencia de salud reproductiva.

(c) El empleador no podrá solicitar información genética cuando pida obtener información relacionada con la salud. Sin embargo, en relación con un programa social bajo el plan, el Empleador puede solicitar, pero no le puede exigir a un Empleado, que proporcione información genética de conformidad con las regulaciones de la Comisión de Igualdad de Oportunidades.

(d) El Empleador no solicitará, exigirá o comprará información genética en violación con GINA. Si, de manera intencional o no intencional, el Empleador obtiene información genética pertinente a un Empleado o a un miembro de la familia del Empleado, el Empleador no usará dicha información genética en violación con GINA. Cualquier información genética, pertinente al Empleado o a un miembro de la familia del Empleado, que reciba el Empleador, se deberá guardar en formularios y archivos médicos independientes de los archivos personales, y se deberán tratar como registros médicos confidenciales.

7.11 Factores Relacionados con la Salud. El plan grupal no discriminará en contra de ningún participante o dependiente en cuanto a los requisitos de elegibilidad para participar en el plan en función de un factor relacionado a la salud. Asimismo, los beneficios provistos bajo el plan de salud grupal estarán disponibles para todas las personas en situaciones similares. Cualquier restricción a los beneficios se aplicará de manera uniforme a todas las personas en situaciones similares y no se puede dirigir a una persona en particular en función de un factor relacionado con la salud. El plan de salud grupal puede: (i) limitar o excluir beneficios experimentales o que no son médicamente necesarios, (ii) requerir que una persona pague un deducible, copago, coseguro u otro requisito de costo compartido con el fin de obtener un beneficio, siempre y cuando todos los límites, exclusiones o requisitos de costos compartidos se apliquen de manera uniforme a todas las personas en situaciones similares y no sean dirigidos a una persona en particular en función de un factor relacionado a la salud.

7.12 Ley de Paridad de Salud Mental. El plan de salud grupal generalmente debe cumplir con las provisiones de la Ley de Paridad de Salud Mental y Equidad para la Adicción de 2008, incluyendo la garantía de que los requisitos financieros (como copagos y deducibles) y las limitaciones de tratamiento (como las visitas anuales) que sean aplicables a los beneficios de trastornos de salud mental o de uso de sustancias no sean más restrictivos que los requisitos o limitaciones predominantes que se aplican a casi todos los beneficios médicos y quirúrgicos.

ARTÍCULO VIII

Enmienda y Terminación

8.1 Enmienda. El Empleador tiene el derecho de enmendar el Plan en cualquier momento, incluyendo el derecho a enmendar cualquiera de los Programas de Beneficio Social o transferir cualquier Programa de Beneficios Sociales del Plan a un plan separado, relacionado, bajo la dirección de un funcionario autorizado por el Empleador o un designado autorizado.

8.2 Terminación. El empleador ha establecido el Plan con la intención de buena fe y la expectativa de que se continuará de manera indefinida, pero el empleador no está y no tendrá ninguna obligación o responsabilidad alguna de mantener el plan (o cualquier Programa de Beneficio Social) durante cualquier período de tiempo dado y puede, a su entera y absoluta discreción, suspender o terminar el Plan, en su totalidad o en parte, en cualquier momento, incluyendo la terminación de uno o más de los Programas de Beneficio Social, bajo la dirección de un funcionario autorizado por el Empleador o un designado autorizado.

ARTÍCULO IX

Otra información miscelánea

9.1 Beneficio Exclusivo. Este Plan se ha establecido para el beneficio exclusivo de los participantes, los cónyuges, dependientes o beneficiarios, y salvo que se especifique lo contrario, todas las contribuciones previstas en el Plan sólo pueden utilizarse para tal fin.

9.2 Sin traspaso de Beneficios. Ningún beneficio, derecho o interés de cualquier participante, cónyuge, dependiente o beneficiario bajo el Plan serán objeto de anticipación, traspaso, venta, transferencia, cesión, compromiso, gravamen o carga, embargo, secuestro o un proceso legal, equitativo o de otro tipo, o será responsable ni estará sometida a las deudas, responsabilidades u otras obligaciones de dicha persona, a excepción de lo requerido por la ley o, en el caso de las tareas, según lo permitido bajo los términos de un Programa de Beneficio Social.

9.3 Limitación de Derechos. Ni la creación ni la existencia del Plan, ni sus respectivas modificaciones, constituirá o ser interpretado como que:

(a) Otorga algún derecho legal o equitativo a cualquier persona en contra del Empleador (o Empleador participante) salvo lo dispuesto expresamente en el presente o requerido por la ley, o

(b) Crea un contrato de trabajo con cualquier Empleado, obliga al Empleador (o Empleador participante) a continuar con el servicio de cualquier empleado o afecta o modifica de ninguna manera las condiciones de empleo de un empleado.

9.4 Legislación aplicable y Jurisdicción y Competencia. El Plan se interpretará y aplicará de acuerdo con las leyes del estado de Florida en la medida en que no sean sobrepasadas por la ley federal que de otra forma deberán prevalecer. La jurisdicción exclusiva y lugar de celebración de todas las disputas que surjan o estén relacionadas con este Plan o de cualquiera de los Programas de Beneficio Social serán en cualquier tribunal de jurisdicción competente en el estado de Florida.

9.5 Divisibilidad. Si alguna de las disposiciones del Plan se considera inválida o inejecutable, su nulidad o inaplicabilidad no afectará a ninguna otra disposición del Plan, y el Plan se interpretará y aplicará como si dicha disposición inválida o inejecutable, no se había incluido en el presente documento.

9.6 Construcción. Los títulos contenidos en este documento se insertan sólo como una cuestión de conveniencia y referencia, y de ninguna manera definen, limitan, amplían o describen el alcance o la intención del Plan, ni de ninguna manera afectarán al Plan o la construcción de cualquiera de sus disposiciones. Todos los términos expresados en forma singular se interpretarán como si también incluyen el plural, en su caso, y las referencias a lo masculino, femenino y el neutro son intercambiables.

9.7 Títulos. Los títulos de los artículos y las secciones del presente documento se incluyen sólo para conveniencia y no se interpretarán como parte del Plan o en cualquier aspecto que afecte o modifique sus disposiciones. Tales palabras en este Plan como "aquí", "de aquí en adelante", "presente" y "a continuación" se refieren a este instrumento en su conjunto y no sólo a la subdivisión en la que dichas palabras aparecen.

9.8 Gastos. Sujeto a los términos de los Programas de Beneficio Social, los gastos incurridos en la administración del Plan deberán ser pagados por el Plan y / o por el Empleador, de acuerdo con la determinación del empleador.

ARTÍCULO X

Empleadores participantes

10.1 Adopción del Plan. Este Plan puede ser adoptado por un Empleador participante, siempre que dicha adopción sea con la aprobación del Empleador. Dicha adopción se realizará por resolución del órgano de gobierno del Empleador participante.

10.2 Administración. Como condición para adoptar el Plan, y salvo que se disponga lo contrario en este documento, se considerará que cada Empleador participante ha autorizado al Administrador del Plan para actuar por él en todos los asuntos que surjan de o en relación con el

Plan y deberá cumplir con los demás términos y condiciones que pueden ser impuestas por el Administrador del Plan.

10.3 Terminación de la participación. Cada Empleador participante puede dejar de participar en el Plan o en cualquier Programa de Beneficio Social con respecto a sus empleados o ex empleados mediante acuerdo de su órgano de gobierno.

ARTÍCULO XI

Fecha de vigencia

La fecha de vigencia de este plan enmendado y modificado es el 01 de noviembre del 2014.

* * * * *

EN FE DE LO CUAL, el Empleador ha causado que este instrumento sea debidamente ejecutado en su nombre y por su cuenta a partir de la fecha indicada abajo.

HSP Southern Healthcare, LLC

Por: _____

Fecha: _____

DOY FE:

ANEXO A
BEACON HEALTH MANAGEMENT WELFARE BENEFITS PLAN

PROGRAMAS DE BENEFICIO SOCIAL

Los siguientes Programas de Beneficio Social deberán considerarse como parte del Plan de conformidad con la Sección 2.14 y como se define en la Sección 2.18:

Programas de Beneficio Social

Medical Plan

Nombre del Programa o del Administrador del programa: Aetna, Inc.
141582
Número del Contrato: 151 Farmington Avenue
Dirección: Hartford, Connecticut 06156
(888) 266-5519
<http://www.aetna.com>

- Otros contratos podrán, de vez en cuando, sustituir a cualquiera o todos los contratos que se enumeran más arriba

Dental Plan

Nombre del Programa o del Administrador del programa: Aetna
141582
Número del Contrato: 151 Farmington Ave
Dirección: Hartford, Connecticut 06156
(888) 266-5519
<http://www.aetna.com>

- Otros contratos podrán, de vez en cuando, sustituir a cualquiera o todos los contratos que se enumeran más arriba

Vision Plan

Nombre del Programa o del Administrador del programa: Aetna, Inc.
141582
Número del Contrato: 151 Farmington Avenue
Dirección: Hartford, Connecticut 06156
(877) 973-3238
<http://www.aetnavision.com>

- Otros contratos podrán, de vez en cuando, sustituir a cualquiera o todos los contratos que se enumeran más arriba

Short-Term Disability Plan

Nombre del Programa o del Administrador del programa: Unum Insurance Company
951607
Número del Contrato: 1 Fountain Square
Dirección: Chattanooga, Tennessee 37402
(866) 679-3054
<https://www.unum.com>

- Otros contratos podrán, de vez en cuando, sustituir a cualquiera o todos los contratos que se enumeran más arriba

Long-Term Disability Plan

Nombre del Programa o del Administrador del programa: Unum Insurance Company
951607
Número del Contrato: 1 Fountain Square
Dirección: Chattanooga, Tennessee 37402
(866) 679-3054
<https://www.unum.com>

- Otros contratos podrán, de vez en cuando, sustituir a cualquiera o todos los contratos que se enumeran más arriba

Basic Life Insurance Plan

Nombre del Programa o del Administrador del programa: Unum Insurance Company
951564
Número del Contrato: 1 Fountain Square
Dirección: Chattanooga, Tennessee 37402
(866) 679-3054
<https://www.unum.com>

- Otros contratos podrán, de vez en cuando, sustituir a cualquiera o todos los contratos que se enumeran más arriba

Voluntary Life Insurance Plan

Nombre del Programa o del Administrador del programa: Unum Insurance Company
951565
Número del Contrato: 1 Fountain Square
Dirección: Chattanooga, Tennessee 37402
(866) 679-3054
<https://www.unum.com>

- Otros contratos podrán, de vez en cuando, sustituir a cualquiera o todos los contratos que se enumeran más arriba

Premium Conversion Plan

Nombre del Programa o del Administrador del programa: HSP Southern Healthcare, LLC
15310 Amberly Drive , #105
Dirección: Tampa, Florida 33647
(813) 418-6442

- Otros contratos podrán, de vez en cuando, sustituir a cualquiera o todos los contratos que se enumeran más arriba

ANEXO B
BEACON HEALTH MANAGEMENT WELFARE BENEFITS PLAN

Empleadores participantes

Además de HSP Southern Healthcare, LLC, los siguientes Empleadores participantes han adoptado el Plan de conformidad con la Sección 10.1:

No hay otros Empleadores que participan en el Plan.