

## DESCRIPCIÓN RESUMIDA DEL PLAN

### ¿QUÉ ES UNA CUENTA DE GASTO FLEXIBLE?

Su Empleador adoptó un Plan de Cuenta de Gasto Flexible (Flexible Spending Account Plan) (en adelante "el Plan" o "este Plan") para proporcionar alternativas de compensación para los empleados elegibles y sus dependientes. Al participar en el Plan, usted podrá "renunciar" a una parte de su compensación gravable y elegir en su lugar ciertos beneficios "libres de impuestos". Si usted normalmente pagaría estos beneficios con dinero "después de pagar impuestos", ahora el Plan le permite pagar con dinero "antes de pagar impuestos", lo cual le hará ahorrar dinero. El Plan tiene el fin de actuar como un plan a la carta (*cafetería plan*) de acuerdo con la definición de este término contenida en la Sección 125(b) del Código de Impuestos Internos (Internal Revenue Code.)

He aquí un ejemplo de cómo funciona el Plan: Si normalmente paga una parte de su seguro médico grupal con dólares después de pagar impuestos, podrá optar por que se le retenga ese monto de su salario conforme a los términos del Plan. El monto retenido bajo el Plan se retiene siguiendo un criterio de deducción antes de pagar impuestos, y se usa luego para pagar su parte de la prima del seguro médico. Al estar pagando su parte de la prima con dólares antes de pagar impuestos, paga menos impuestos y ahorra dinero.

Dependiendo de los programas de beneficios que su Empleador haya elegido ofrecer bajo el Plan, usted tal vez pueda hacer lo siguiente con dólares antes de pagar impuestos: pagar varias primas de seguro, recibir reembolsos por gastos médicos o de atención a dependientes, o realizar aportes a una cuenta de ahorros para gastos médicos.

Esta Descripción Resumida del Plan explica en forma resumida y con lenguaje sencillo, el funcionamiento del Plan de Cuenta de Gasto Flexible. Si tiene preguntas sobre la información aquí contenida o sobre los documentos jurídicos, póngase en contacto con su asesor legal o fiscal. Todos los asuntos relativos al funcionamiento del Plan se resolverán conforme a los documentos del Plan y a la ley. En caso de incoherencias entre este Resumen y el Plan, los términos del documento del Plan tendrán prioridad.

**ADVERTENCIA:** La participación en el Plan tal vez no beneficie a todos. Debe entender el funcionamiento del Plan, sus opciones y sus consecuencias antes de decidir participar. Recuerde, la participación puede costarle dinero si toma opciones inadecuadas o si no sigue las reglas del Plan o las disposiciones de la ley.

## PARTICIPACIÓN, RENOVAÇÃO Y TERMINACIÓN

### ¿QUIÉN ES ELEGIBLE PARA PARTICIPAR?

Si usted es empleado y ha cumplido con los estándares de elegibilidad requeridos y con el período de espera estipulado en la HOJA DE INFORMACIÓN DEL PLAN, usted es elegible para participar. Para participar, debe completar y firmar un formulario de inscripción y un acuerdo de descuento de salario antes de su fecha de ingreso. Su "fecha de ingreso" es la fecha en la cual usted pasa a ser elegible para participar en el Plan según lo que se indica a continuación:

- a. Si usted es un empleado elegible en la fecha de entrada en vigencia del Plan, su fecha de ingreso será la fecha de entrada en vigencia del Plan, o
- b. Si usted pasa a ser un empleado elegible después de la fecha de entrada en vigencia del Plan, su fecha de ingreso será el primer día del mes siguiente o del mes que coincida con la fecha en que usted comienza a ser un empleado elegible.

Puede tener distintos períodos de espera o distintos requisitos de elegibilidad (y por eso distintas fechas de ingreso) para distintos programas de beneficios ofrecidos en virtud del Plan. La HOJA DE INFORMACIÓN DEL PLAN también indicará si los empleados o clases de empleados tienen prohibido participar en el Plan o en uno o más de sus programas de beneficios.

Si usted no completa los trámites obligatorios antes de su fecha de ingreso indicada más arriba, no será elegible para inscribirse en el Plan hasta el próximo período de inscripciones abiertas el año entrante.

Antes de su fecha de ingreso, se le notificará si usted es elegible para participar, a fin de que tenga tiempo de decidir si desea participar o no y para elegir sus opciones.

## RENOVACIONES

Después del período inicial de cobertura, podrá renovar su participación para el próximo Año del Plan, presentando sus opciones a su Empleador o al representante designado durante el siguiente período de inscripciones abiertas. Excepto que se estipule lo contrario en la HOJA DE INFORMACIÓN DEL PLAN, el hecho de no hacer nuevas opciones durante el período de inscripciones abiertas se tratará como una opción de no participar en el Plan durante el siguiente Año del Plan. Sin embargo, si la HOJA DE INFORMACIÓN DEL PLAN contiene un párrafo titulado "Opciones Consideradas", entonces para los programas designados en ese párrafo y como se explica más detalladamente allí, a menos que usted expresamente cambie su opción para esos Programas durante el período de inscripciones abiertas, se considerará que usted ha elegido, para el siguiente Año del Plan, continuar con las opciones vigentes para esos programas durante el Año del Plan en curso, aun si usted no presenta un formulario de opción. Por lo tanto, usted deberá consultar la HOJA DE INFORMACIÓN DEL PLAN para ver si se aplica alguna "opción considerada" a cualquiera de los programas, y si es así y usted desea dejar de participar en un programa para el cual se aplican "opciones consideradas", deberá asegurarse de cambiar su elección presentando un formulario de opción debidamente completado durante el período de inscripciones abiertas.

## ¿CUÁNDO FINALIZA LA PARTICIPACIÓN?

Usted dejará de ser participante del Plan a partir del primer momento que suceda uno de estos hechos:

- (a) El primer día del Año del Plan en el que usted no acepte participar en ningún programa de beneficios provisto bajo el Plan;
- (b) Si su empleo termina o si por alguna razón deja de satisfacer los requisitos de elegibilidad, la fecha a partir de la cual usted deja de tener derecho a cualquiera de los beneficios bajo el Plan; o
- (c) La fecha en la cual el Plan finalice.

La fecha en que usted deja de participar en los distintos programas de beneficios ofrecidos bajo el Plan varía de un programa a otro. Bajo los distintos Programas de Primas de Seguro descritos a continuación, su participación en cada programa, a menos que se indique específicamente otra cosa, cesará en la fecha que usted termine su relación laboral o que por cualquier motivo deje de ser elegible en virtud del Plan; si es que usted continúa teniendo cobertura de acuerdo con algún contrato de seguro hasta el final del período para el que se hayan pagado las primas, y a partir de la fecha en que usted finalice su relación laboral o por cualquier motivo deje de ser un empleado elegible. Por ejemplo, si usted finaliza su relación laboral el 15 de mayo, pero su prima de seguro médico grupal se ha pagado previamente hasta el 31 de mayo, usted continuará cubierto bajo el Plan de seguro médico grupal hasta el 31 de mayo. Nada de lo contenido en esta Sección deberá ser interpretado, en ningún sentido, como una forma de disminuir o afectar alguno de los derechos que pueda tener para continuar con la cobertura COBRA o de otras leyes aplicables. La fecha en que su participación termina bajo los demás programas de beneficios se describe en las secciones a continuación, relacionadas con dichos programas de beneficios.

## USO FRAUDULENTO

**ADVERTENCIA:** Si el Administrador del Plan determina que usted ha hecho un uso fraudulento del Plan, su participación en el Plan finalizará y usted perderá sus fondos no utilizados.

## BENEFICIOS

### ¿CUÁLES SON SUS BENEFICIOS?

Según lo especificado en LA HOJA DE INFORMACIÓN DEL PLAN, puede elegir ir su sueldo o salario a partir de su fecha de ingreso al Plan para participar en uno o más de los siguientes programas de beneficios:

- a. Programa de Prima de Seguro Médico Grupal (Group Health Insurance Premium Program)
- b. Programa de Reembolso de Gastos Médicos no Asegurados (Uninsured Health Expense Reimbursement Program)
- c. Programa de Asistencia para Atención a Dependientes (Dependent Care Assistance Program)
- d. Programa de Prima de Seguro de Vida Grupal a Término (Group Term Life Insurance Premium Program)
- e. Programa de Prima de Seguro por Incapacidad (Disability Insurance Premium Program)
- f. Programa de Prima de Otros Seguros Médicos (Other Health Insurance Premium Program)
- g. Programa de Prima de Otros Seguros que no sean Médicos (Other Non-Health Insurance Premium Program)
- h. Programa de Cuenta de Ahorros para Gastos Médicos (Health Savings Account Program)

Los programas de beneficios se explican más en detalle a continuación (pero recuerde, la HOJA DE INFORMACIÓN DEL PLAN muestra los programas de beneficios que realmente están disponibles bajo el Plan). Los programas de beneficios descritos en a., d., e., f. y g. se mencionan algunas veces en este resumen como "Programas de Primas de Seguro".

### PROGRAMA DE PRIMA DE SEGURO MÉDICO GRUPAL

Este programa de beneficios ofrece que el Plan pague la parte que a usted le corresponde de cualquier prima de seguro médico grupal, siempre que usted elija esta cobertura en el Formulario de Inscripción Anual. Este beneficio está generalmente financiado por dólares antes de pagar impuestos que usted elige que se retengan de su salario o sueldo. En algunas situaciones su Empleador puede financiar una parte de la prima.

Las primas de seguro grupal elegibles incluyen las primas pagadas por seguro médico y de hospitalización, seguro de gastos mayores, seguro dental y seguro de visión ofrecidos por el Empleador. El seguro puede cubrirlo a usted, a su cónyuge y a todos los hijos dependientes elegibles. No podrá reclamar el reembolso si se le puede reembolsar el costo de la prima mediante cualquier otra fuente.

### PROGRAMA DE REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS NO ASEGURADOS

Si el Empleador elige incluir este programa de beneficios en el Plan, usted podrá usar el programa para pagar los gastos médicos elegibles en los que haya incurrido durante el Año del Plan con dólares antes de pagar impuestos que le han sido reducidos de su salario. El máximo descuento (reducción) de su salario que usted podrá elegir bajo este programa está definido en la HOJA DE INFORMACIÓN DEL PLAN.

Si usted elige este programa, el Empleador establecerá a su nombre una Cuenta para Reembolso de Gastos Médicos no Asegurados (Uninsured Health Expense Reimbursement Account). El dinero que usted elige para que se descuenta de su salario o sueldo se acreditará en esta cuenta. También se acreditará su cuenta con aportes no optativos del Empleador, si los hubiera, realizados en su

nombre, como se indica en la HOJA DE INFORMACIÓN DEL PLAN. El Plan usará entonces el monto total acreditado en su cuenta para reembolsarle los gastos médicos elegibles, tanto suyos como de su cónyuge o dependientes.

Los gastos médicos elegibles se definen generalmente en la Sección 213(d) del Código de Impuestos Internos y se ha puesto a su disposición una lista parcial de gastos médicos elegibles. La Cuenta para Reembolso de Gastos Médicos no Asegurados no podrá reembolsarle ningún gasto que se le haya reembolsado por medio de cualquier otro plan o fuente, ninguna prima de seguro, gasto por cirugía estética, ni ningún otro gasto médico no elegible que pueda ser proporcionado mediante un plan a la carta. Además, no podrá reclamar un descuento de impuestos por ningún gasto reembolsado bajo este programa.

Su reclamo de reembolso de gastos médicos debe incluir lo siguiente:

- a. Un estado de cuenta del proveedor de sus servicios médicos en el que conste que usted ha incurrido en el gasto y el monto del gasto; y
- b. Un Formulario de Solicitud de Reembolso firmado
- c. En algunos casos puede que se requiera una declaración del proveedor de que el gasto es médicamente necesario.

Sujeto a la máxima opción permitida de este programa, usted tendrá derecho a recibir reembolso de gastos médicos por el monto total de su opción (más cualquier aporte no optativo del Empleador acreditado en su cuenta, menos reembolsos previos realizados durante el Año del Plan) en todo momento durante el período elegido de cobertura. Esto se conoce como la regla de "cobertura uniforme".

Si el Empleador también mantiene un Plan de Acuerdo de Reembolso de Gastos Médicos Health Reimbursement Arrangement Plan, HRA, por sus siglas en inglés), los descuentos de su salario no se usarán directa ni indirectamente para financiar reembolsos del HRA; solamente los aportes del Empleador se usarán a esos efectos. Si los gastos médicos son reembolsables de otra manera tanto bajo el HRA como bajo el Programa de Reembolso de Gastos Médicos no Asegurados, los gastos se reembolsarán primero bajo el Programa de Reembolso de Gastos Médicos no Asegurados hasta que su cuenta en ese programa se haya agotado, y únicamente en ese momento los gastos serán reembolsables por parte del HRA, a menos que la HOJA DE INFORMACIÓN DEL PLAN disponga otra cosa.

Debe tener presente que el Programa de Reembolso de Gastos Médicos no Asegurados está sujeto a la regla "úselo o piérdalo" que se describe un poco más abajo en este documento. Deberá leer esa sección antes de elegir participar en el programa.

Su participación bajo el Programa de Reembolso de Gastos Médicos no Asegurados finalizará conforme a lo indicado en la HOJA DE INFORMACIÓN DEL PLAN. Así que, si se indica en la HOJA DE INFORMACIÓN DEL PLAN, la participación en el programa podrá exigir la elección de una cobertura para todo un Año del Plan. Esto significa que aun si finaliza su relación laboral durante el curso del año, deberá continuar realizando aportes regulares al Plan, de acuerdo con su opción para el Año del Plan. Si usted lo desea, puede optar por que se retenga el saldo de sus aportes durante el Año del Plan de su cheque de compensación final. De esta manera, los pagos restantes podrán descontarse con un criterio antes de pagar impuestos, lo cual conserva las ventajas fiscales de la participación en el Plan. Recuerde, en la medida en que usted no elija que su Empleador retenga el saldo de sus aportes de su último cheque de paga, estará obligado a continuar los pagos regulares al Plan, conforme a su opción inicial. De manera alternativa (nuevamente según lo designado en la HOJA DE INFORMACIÓN DEL PLAN) su participación en el Programa de Reembolso de Gastos Médicos no Asegurados puede finalizar a partir de la fecha en que finalice su relación laboral o que por cualquier motivo deje de ser elegible para participar en el programa (sujeto a su derecho, si lo tiene, de continuar con la cobertura bajo COBRA). En ese caso, no podrá recibir reembolsos por gastos en los que haya incurrido después de la fecha en que finalice su relación laboral o que por cualquier motivo deje de ser elegible, pero tendrá un período de vencimiento de 90 días en el cual podrá presentar reclamos de reembolsos por gastos en los que haya incurrido antes de esa fecha. Todo monto que quede en su cuenta después de ese período de vencimiento se perderá.

#### PROGRAMA DE ASISTENCIA PARA ATENCIÓN A DEPENDIENTES

Si usted elige este programa, los descuentos de su salario o sueldo se usarán para reembolsarle gastos en los que incurra para la atención de un dependiente elegible (definido en la Sección 152, y de acuerdo con las modificaciones de la Sección 21 del Código de Impuestos Internos). Podrá recibir reembolsos bajo este programa solamente si la atención a dependientes es necesaria para permitirle a usted y a su cónyuge trabajar o buscar empleo, o si usted trabaja y su cónyuge es estudiante o incapacitado. El dependiente deberá residir con usted más de la mitad del año para que los gastos con respecto a dicho dependiente sean elegibles para reembolso bajo esta parte del Plan.

El máximo descuento de salario o sueldo permitida por el Plan es un monto equivalente a sus ingresos ganados y/o los de su cónyuge (conforme a lo definido por el IRS). Además, su opción no podrá superar los \$5,000. En el caso de un individuo casado que presente una declaración de impuestos independiente, la opción no podrá superar los \$2,500 (Sección 129 del Código).

Usar el Plan para reembolso de gastos por atención a dependientes dará lugar a una reducción de su salario gravable. Por lo tanto, se reducirán sus pagos de impuestos. Dependiendo de la categoría que le corresponda para determinar impuestos sobre la renta, también posiblemente tenga derecho a reclamar el Crédito al Impuesto Federal sobre la Renta (Federal Income Tax Credit) para gastos por atención a dependientes. Es importante recordar que podrá usar cualquiera de éstos (o una combinación de los dos), pero no podrá recibir un descuento de impuestos de aquellos gastos reembolsados bajo este Plan, o viceversa. **Deberá presentar un formulario 2441 de Crédito a Impuestos por Cuidados Infantiles, junto con su declaración anual de impuestos.**

El reembolso de gastos por atención a dependientes se hará a partir de su Cuenta para Gastos por Atención a Dependientes. Su reembolso no superará el saldo de esa Cuenta en el momento en que se reciba o se pague su reclamo de reembolso.

El monto que usted elige retener de su salario se informa a su Empleador. Su Empleador tiene la obligación de informar este monto en su formulario W-2 del IRS.

Deberá tener presente que el Programa de Asistencia para Atención a Dependientes está sujeto a la regla “úselo o piérdalo” que se describe un poco más abajo en este documento. Deberá leer esa sección antes de elegir participar en el programa.

Si ha elegido participar en el Programa de Asistencia para Atención a Dependientes durante un Año del Plan y deja su empleo o por cualquier motivo deja de ser elegible en el curso del Año del Plan, no se le permitirá hacer contribuciones a su Cuenta para Gastos por Atención a Dependientes después de esa fecha. Sin embargo, será elegible para reembolsos tomados de esa Cuenta por el resto de ese Año del Plan, aun si se incurrió en los gastos después de haber finalizado su relación laboral o perdido su elegibilidad, siempre y cuando tenga un saldo positivo en su cuenta.

#### PROGRAMA DE PRIMA DE SEGURO DE VIDA GRUPAL A TÉRMINO

Si el Empleador elige incluir este programa de beneficios en el Plan, usted podrá optar por un descuento de su salario o sueldo antes de pagar impuestos, para pagar las primas de hasta \$50,000 en seguros de vida grupales a término. Deberá consultar la HOJA DE INFORMACIÓN DEL PLAN para determinar si este beneficio está disponible.

#### PROGRAMA DE PRIMA DE SEGURO POR INCAPACIDAD

Si el Empleador elige incluir este programa de beneficios en el Plan, usted podrá optar por un descuento de su salario o sueldo antes de pagar impuestos, para pagar las primas por incapacidad ofrecidas por el Empleador. Deberá consultar la HOJA DE INFORMACIÓN DEL PLAN para determinar si este beneficio está disponible. Su participación en el Programa de Prima de Seguro por Incapacidad tiene consecuencias fiscales que debería tener en cuenta. Si usted paga las primas por incapacidad con dólares antes de pagar impuestos bajo este programa, se reducirá su carga fiscal de este año (porque usted no pagará impuestos sobre el dinero usado para pagar la prima), pero pagará impuestos sobre cualquier ganancia del seguro por incapacidad que usted reciba en caso de incapacitarse. Por otro lado, si paga primas por incapacidad con dólares después de pagar impuestos fuera del programa, su carga fiscal en este año aumentará (porque usted pagará impuestos sobre el dinero usado para pagar la prima), pero recibirá libre de impuestos toda ganancia proveniente de seguros en caso de incapacitarse. Debería tener esto presente al decidir si pagar beneficios por incapacidad dentro o fuera del Plan.

#### PROGRAMA DE PRIMA DE OTROS SEGUROS MÉDICOS

Si el Empleador elige incluir este programa de beneficios en el Plan, usted también tal vez pueda elegir otros tipos de seguro médico ofrecidos por medio del Plan, y pagar las primas aplicables con un criterio antes de pagar impuestos, de la misma manera que se describe anteriormente con respecto al Programa de Prima de Seguro Médico Grupal (Group Health Insurance Program.) Algunos ejemplos de otros tipos de seguros pueden ser: seguro especial contra el cáncer, seguro adicional de hospital, etc. Para consultar la disponibilidad de este beneficio, consulte la HOJA DE INFORMACIÓN DEL PLAN.

#### PROGRAMA DE PRIMA DE OTROS SEGUROS QUE NO SEAN MÉDICOS

Si el Empleador elige incluir este programa de beneficios en el Plan, usted también tal vez pueda elegir otros tipos de seguros que no sean médicos y pagar las primas aplicables con un criterio antes de pagar impuestos, de la misma manera que se describe anteriormente con respecto al Programa de Prima de Seguro Médico Grupal. Para consultar la disponibilidad de este beneficio, consulte la HOJA DE INFORMACIÓN DEL PLAN.

#### PROGRAMA DE CUENTA DE AHORROS PARA GASTOS MÉDICOS

Si el Empleador elige incluir este programa de beneficios en el Plan, usted podrá elegir que se descunte cierto monto de su salario o sueldo y aportar dicho monto a una Cuenta de Ahorros para Gastos Médicos (Health Savings Account, HSA por sus siglas en inglés) abierta en su nombre. Podrá entonces controlar la inversión de fondos de su HSA y recibir reembolsos por gastos médicos permitidos por ley sin enviar solicitudes de reembolso al Empleador u otros administradores relacionados con el Plan. Además, los montos de su HSA no se pierden y no están sujetos a la regla “úselo o piérdalo” de la que hablaremos más adelante. Deberá consultar la HOJA DE INFORMACIÓN DEL PLAN para determinar si el programa de HSA está disponible.

El aporte máximo que puede hacer por medio del Plan a su HSA está determinado en la HOJA DE INFORMACIÓN DEL PLAN, pero dicho monto máximo está sujeto a otros límites previstos por la ley, incluyendo entre otros los aportes no optativos del Empleador, si los hubiera, realizados a la HSA en nombre de usted.

Su participación en el programa de HSA finalizará el día en el que finalice su relación laboral o deje de ser un empleado elegible bajo las reglas generalmente aplicables al Plan. Además, usted será elegible solamente para participar en el Programa de HSA durante un mes si es un “individuo elegible” (conforme a la definición de dicho término que figura en la Sección 223(c)(1) del Código de Impuestos Internos) el primer día de ese mes. En general, usted es un “individuo elegible” a estos efectos, únicamente si está cubierto por un plan médico con deducible alto el primer día del mes, y no está cubierto por ningún plan médico que no sea un plan médico con deducible alto dicho día, a menos que el plan médico sin deducible alto ofrezca únicamente cobertura permitida o atención preventiva. Un plan médico con deducible alto es un plan en el que los deducibles cumplen con ciertos límites definidos por ley (a partir de 2004, los deducibles deben ser de al menos \$1,000 pero no más de \$5,000 para cobertura personal solamente, y al menos \$2,000 pero no más de \$10,000 para cobertura familiar; estas cifras se indexan a la inflación). “Cobertura permitida” significa cobertura (ya sea por medio de seguro o de otra manera) para accidentes, incapacidad, atención dental, atención de visión, o atención a largo plazo, o seguro para una enfermedad específica o el pago de un monto fijo por día u otro período para hospitalización. “Atención preventiva” significa, en general, montos definidos como tales bajo la Sección 223 del Código de Impuestos Internos e incluye evaluaciones de salud periódicas, atención prenatal y control pediátrico de rutina, vacunas para niños y adultos, programas de pérdida de peso para personas obesas, y varios otros servicios de evaluación. Deberá consultar al Empleador para obtener más información sobre atención preventiva.

Los planes como el Programa de Reembolso de Gastos Médicos no Asegurados pueden contar como un plan médico sin deducible alto. De la misma manera, a menos que el programa le reembolse únicamente los gastos que califiquen como cobertura permitida o atención preventiva, no puede elegir participar en ambos programas, el Programa de HSA y el Programa de Reembolso de Gastos Médicos no Asegurados. En forma similar, si el plan médico subyacente al Programa de Prima de Seguro Médico Grupal no es un plan médico con deducible alto, no puede elegir la cobertura bajo ese plan y el programa de HSA. Su Empleador le proporcionará más información, en caso de que usted la solicite, sobre los programas de beneficios que puede elegir si también desea elegir el Programa de HSA.

Si tiene más preguntas sobre el Programa de HSA o sobre cómo opera la HSA, póngase en contacto con el Empleador.

## CÓMO FUNCIONA EL PLAN

### REGLAS GENERALES

Deberá tomar todas las opciones sobre el uso del Plan antes de su fecha de ingreso al mismo.

Solamente los gastos en los que incurra en o después de su fecha de ingreso y antes de finalizar el Año del Plan serán elegibles para el pago. Un gasto se considera incurrido en la fecha en que se presta o se entrega un servicio y no en la fecha en que el servicio es facturado o pagado.

El monto reducido de su salario o sueldo no puede superar el monto de su salario o sueldo anual.

Puede presentar reclamos originados durante su "período de cobertura" durante 90 (noventa) días después del período de cobertura. Los reclamos presentados fuera de este período de vencimiento no son elegibles para recibir reembolso. Su período de cobertura es generalmente un Año del Plan, pero si comienza o finaliza la participación a la mitad del Año del Plan, el período de cobertura es la parte del Año del Plan durante la cual usted fue participante del Plan.

Usted y los individuos que califiquen como sus dependientes podrán recibir beneficios en virtud del Plan. Es posible que un individuo califique como su dependiente a efectos de este Plan aun si ese individuo no es su dependiente fiscal. Un individuo que calificaría como su dependiente fiscal pero tiene un ingreso bruto que supere el monto de exoneración, es dependiente de un dependiente, o está casado y presenta una declaración de impuestos conjunta con su cónyuge, se considerará dependiente de usted a los efectos de este Plan. A efectos del Programa de Asistencia para Atención a Dependientes, el dependiente deberá residir con usted durante más de la mitad del año para que los gastos relativos a dicho dependiente sean elegibles para reembolso bajo esa parte del Plan.

### CAMBIOS DE OPCIÓN

Como regla general, sus opciones para el Año del Plan son irrevocables por el resto del año. Se aplican determinadas excepciones, según se describe a continuación:

1. Para los Programas de Primas de Seguro (tales como el Programa de Prima de Seguro Médico Grupal) y el Programa de Asistencia para Atención a Dependientes, puede que sea elegible para revocar sus opciones y hacer una nueva opción para el resto del Año del Plan en base a:
  - a. Un cambio de situación. El Plan le permite hacer, a mitad de año, un cambio o revocación de una opción de beneficios si el cambio o la revocación se produjeran como consecuencia de un cambio en su situación. A estos efectos, un cambio de situación es cualquiera de los siguientes:
    - Un evento que cambie el estado civil del participante, incluyendo matrimonio, fallecimiento de un cónyuge, separación legal o anulación;
    - Un evento que cambie la cantidad de dependientes del participante, incluyendo nacimiento, adopción, colocación para adopción o fallecimiento de un dependiente;
    - Cualquiera de los siguientes eventos que cambien la situación laboral del participante, del cónyuge del participante o del dependiente; la finalización o el comienzo del empleo; un paro o cierre patronal; el comienzo o regreso de una licencia sin goce de sueldo; un cambio en el lugar de trabajo; y cualquier cambio en las condiciones de empleo que hagan que el participante, el cónyuge del participante o el dependiente del participante sean elegibles (o dejen de ser elegibles) en virtud de este Plan, cualquier plan de beneficios para empleado subyacente a este Plan, o cualquier plan a la carta o plan de beneficios para empleados del Empleador del cónyuge del participante o del dependiente del participante (por ejemplo, un cambio de contratación por hora a contratación por salario, cuando dicho cambio afecta la elegibilidad);
    - Un evento que provoque que un dependiente cumpla o deje de cumplir con los requisitos de elegibilidad debido a cumplir la mayoría de edad, su condición de estudiante o cualquier circunstancia similar según lo estipulado en el plan aplicable;

- Un cambio en el lugar de residencia del participante o del cónyuge o dependiente del participante.

En general, una revocación o cambio en su opción es coherente con un cambio en su situación únicamente cuando se origina y es correspondiente con un cambio en su situación que afecta la elegibilidad bajo un plan del Empleador. Por ejemplo, si su cónyuge deja de trabajar y pierde la cobertura de atención médica bajo el plan de su ex-Empleador como consecuencia de eso, entonces, eso es un cambio en su situación que afecta la elegibilidad para cobertura de atención médica; si usted agrega entonces a su cónyuge al plan médico de su Empleador, podría modificar su elección bajo el Programa de Prima de Seguro Médico Grupal para pagar el aumento en primas bajo este Plan. Un cambio en una opción del Programa de Asistencia para Atención a Dependientes es coherente con un cambio de situación si el cambio de opción es debido y corresponde a un cambio de situación que afecte los gastos por atención a dependientes.

- b. Un cambio significativo en el costo o cobertura. Si el costo de un plan subyacente a los Programas de Primas de Seguro aumenta (o disminuye) durante un Año del Plan, entonces sus opciones en general serán ajustadas automáticamente para reflejar el aumento (o disminución) del costo. El Plan permite al Empleador, a criterio del Empleador mismo, ofrecerle a usted y a otros participantes afectados nuevas opciones bajo determinadas circunstancias limitadas, debido a un cambio importante en el costo o en la cobertura de un plan subyacente a los Programas de Primas de Seguro. El Empleador le notificará si tales cambios de opción quedaran disponibles, y cuándo lo estarán. Sin embargo, se aplican las siguientes reglas bajo el Programa de Asistencia para Atención a Dependientes: (a) si el costo que le cobra su proveedor de atención a dependientes aumenta o disminuye en forma significativa durante un Año del Plan, usted podrá hacer un cambio correspondiente en su opción de atención a dependientes, salvo que el costo de la cobertura le sea impuesto por un proveedor de atención a dependientes que esté emparentado con usted; y (b) si aumenta o disminuye su necesidad de atención a dependientes, o si se diera un cambio de proveedores de atención a dependientes, en ese momento podrá hacer el correspondiente cambio en su opción de atención a dependientes. Así, por ejemplo, si su hijo comienza la escuela o se cambia a otra guardería, podrá cambiar o revocar su opción de atención a dependientes.
  - c. Cambios conforme a sus derechos de inscripción según la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros, HIPAA por sus siglas en inglés. El Plan le permite hacer cambios de opciones de conformidad con sus derechos de inscripción en virtud de la HIPAA, que se establecen en la Sección 9801(f) del . En resumen, dichos derechos disponen que si usted pierde otra cobertura de plan médico bajo determinadas circunstancias, si se casa o si tiene otro hijo, ya sea mediante parto o adopción, podrá cambiar sus opciones de plan médico y hacer el cambio correspondiente de sus opciones bajo este Plan. Si desea hacerlo, deberá ponerse en contacto con el Empleador tan pronto como sea posible luego de que ocurra el hecho, pero nunca pasados más de 30 días de dicho hecho.
2. Para el Programa de Reembolso de Gastos Médicos no Asegurados, la única vez que podrá cambiar su opción será antes del principio de cada Año del Plan, o si se especifica en su HOJA DE INFORMACIÓN DEL PLAN, luego de un cambio en su situación tal como se definió anteriormente. No está permitido que cambie sus opciones bajo el Programa de Reembolso de Gastos Médicos no Asegurados bajo la HIPAA ni como consecuencia de un cambio importante en el costo o en la cobertura. Así, por ejemplo, si en la mitad del Año del Plan el deducible de su seguro médico aumenta de \$250 a \$500, no podrá hacer un cambio de opción bajo el Programa de Reembolso de Gastos Médicos no Asegurados como consecuencia de dicho aumento del deducible.
  3. Para el programa de HSA, puede comenzar o cancelar una opción o aumentar o disminuir una opción bajo dicho programa, en cualquier momento, entregando un formulario recomendado por el Empleador a tales efectos. Tales opciones deben entrar en vigencia en un futuro, en la fecha más tardía entre: la fecha que usted especifique en el formulario de solicitud o la fecha más pronta posible desde el punto de vista administrativo, una vez que el Empleador haya recibido el formulario de solicitud.

Su Empleador tiene a disposición de usted un Formulario de Cambio de Situación. Ese formulario deberá usarse para cambiar sus opciones a mitad del Año del Plan.

#### “ÚSELO O PIÉRDALO”

Este es un punto fundamental que debe comprender: Si ha reservado dólares mediante descuentos de salario en el Programa de Reembolso de Gastos Médicos no Asegurados y/o el Programa de Asistencia para Atención a Dependientes, y no los usa antes del final del Año del Plan, **los perderá**.

Por lo tanto, es importante tener en cuenta reducir de su salario lo justo para pagar gastos que está seguro que tendrá durante el Año del Plan. Ejemplos de los tipos de gastos que sabe que tendrá son los gastos habituales para artículos como aparatos de ortodoncia, insulina u otros gastos de medicamentos recurrentes, costos de copagos de visitas a consultorio y gastos semanales o mensuales por atención a dependientes.

Las contribuciones asignadas a una cuenta bajo un programa de beneficios sólo podrán ser usadas para pagar reclamos de ese programa de beneficios, y de ningún otro. Por ejemplo, los montos acreditados a su Cuenta para Gastos por Atención a Dependientes no podrán utilizarse para pagar o reembolsar un gasto médico bajo el Programa de Reembolso de Gastos Médicos no Asegurados, aunque su Cuenta para Gastos por Atención a Dependientes tenga dinero y su Cuenta para Reembolso de Gastos Médicos no Asegurados no lo tenga. En forma similar, los montos acreditados a su Cuenta para Gastos Médicos no Asegurados no podrán utilizarse para pagar o reembolsar un gasto por atención a dependientes bajo el Programa de Reembolso de Gastos Médicos no Asegurados, aunque su Cuenta para Reembolso de Gastos Médicos no Asegurados tenga dinero y su Cuenta para Gastos por Atención a Dependientes de no lo tenga.

## EL PLAN PUEDE CAMBIARSE

El Plan pretende cumplir con todas las secciones correspondientes del Código de Impuestos Internos, y específicamente con la Sección 125; por lo tanto, el Plan y cualquier otro programa de beneficios en virtud del mismo podrán ser modificados para cumplir con el Código de Impuestos Internos y las regulaciones de Tesorería según sea necesario. Además, el Plan y cualquier otro programa de beneficios ofrecidos bajo el Plan podrán ser modificados en cualquier momento, por cualquier motivo, además del cumplimiento de la nueva ley. Su Empleador podrá también cancelar el Plan o cualquier otro programa de beneficios ofrecidos bajo el Plan, en cualquier momento, según se especifica en el documento del Plan.

## CÓMO PRESENTAR UNA SOLICITUD DE REEMBOLSO

Si tiene un reclamo bajo una póliza de seguros o un plan subyacente a los Programas de Primas de Seguro (por ejemplo, un reclamo bajo el plan de seguro médico grupal del Empleador, cuyas primas se pagan bajo este Plan a través del Programa de Seguro Médico Grupal), debe seguir el procedimiento de reclamo correspondiente a ese plan o póliza, tal como se describe en el documento o resumen del plan correspondiente. Para reclamos asociados únicamente con el Plan, debe presentar su reclamo de reembolso tan pronto como sea posible después de haber incurrido en el gasto. Debe completar y firmar un "Formulario de Solicitud de Reembolso" para todas las solicitudes que presente. Su reclamo de reembolso de gastos debe incluir lo siguiente:

- a. Un estado de cuenta del proveedor de servicios en el que conste que usted ha incurrido en el gasto y el monto del gasto; y
- b. Un "Formulario de Solicitud de Reembolso" firmado.

Debe enviar el formulario completado, junto con el estado de cuenta de su proveedor, al representante de su Empleador: Manley Services Co., P.O. Box 70168, Eugene, OR 97401. Los reclamos de reembolso presentados luego del período de "vencimiento" permitido al finalizar el año, definido en la sección titulada "HOJA DE INFORMACIÓN DEL PLAN" de la Descripción Resumida del Plan, no se pagarán. También tendrá sólo el mismo período de vencimiento, después de la fecha en que termine su empleo o que por cualquier motivo deje de ser elegible, para obtener el reembolso de gastos en los que hubiera incurrido antes de dicha fecha (salvo bajo el Programa de Asistencia para Atención a Dependientes, tal como se explica en la sección de esta Descripción Resumida del Plan que describe dicho programa).

## MANEJO DE RECLAMOS DENEGADOS

Es posible que un reclamo en virtud del Plan sea denegado. Por ejemplo, el Administrador del Plan podrá denegar una solicitud de reembolso bajo el Programa de Reembolso de Gastos Médicos no Asegurados o al Programa de Asistencia para Atención a Dependientes. Además, podrían negarle un beneficio bajo el Plan por motivos relacionados con su capacidad de obtener cobertura del Plan. Un ejemplo de esto sería la negativa del Administrador del Plan de su capacidad de cambiar sus opciones antes de pagar impuestos existentes debido a un "cambio en su situación".

Si el Administrador del Plan niega un reclamo, total o parcialmente, usted será notificado por escrito dentro de los 30 días posteriores a la fecha en que el Administrador reciba su reclamo. (El período de 30 días podrá extenderse por un período adicional de 15 días por problemas fuera del control del Administrador, tales como situaciones en las que un reclamo esté incompleto.) El Administrador del Plan proporcionará una notificación por escrito de cualquier extensión, describiendo los motivos de la misma y la fecha para la cual puede esperar una decisión. Cuando un reclamo está incompleto, el aviso de extensión describirá la información que aún necesita el Administrador, y le otorgarán 45 días a partir del recibo de la notificación para proporcionar la información adicional. (Si esto sucediera, tendrá el efecto de suspender toda decisión sobre su reclamo hasta que usted proporcione la información especificada.)

Si el Administrador del Plan niega su reclamo, usted recibirá una notificación que incluya los siguientes elementos:

- El o los motivos específicos de la negación;
- La disposición o disposiciones específicas del Plan que respaldan la negación;
- Una descripción de cualquier elemento o información que necesitará para validar su reclamo, y una explicación de por qué es necesario el material adicional; y
- Una descripción de los pasos para apelar la negación, incluyendo su derecho a presentar comentarios por escrito, su derecho a la revisión (cuando así lo solicite y sin costo) de documentos y demás información relevante, y su derecho a presentar una demanda conforme a la Ley de Seguridad de Ingresos de Retiro de Trabajadores (Employee Retirement Income Security Act, ERISA por sus siglas en inglés), (cuando corresponda) respecto a cualquier determinación adversa luego de la apelación de su reclamo.

## APELACIONES

Podrá apelar un reclamo denegado presentando una Solicitud de Revisión (u otra solicitud escrita de apelación) al Administrador del Plan de su Empleador o a su agente designado, dentro de los 180 días posteriores a la fecha de notificación de la negación de su reclamo. Si no apela a tiempo, perderá el derecho de apelación de la negación y el derecho a presentar una demanda en los tribunales. Su apelación por escrito deberá establecer los motivos por los cuales usted considera que su reclamo no debería haber sido negado, y deberá incluir cualquier artículo o información adicional que usted considere que respalda su reclamo. El proceso de apelación le brindará la oportunidad de hacer preguntas adicionales y hacer comentarios por escrito, y podrá revisar (si así lo solicita y sin costo) documentos y demás información relevante para su apelación.

En la medida en que surja una disputa bajo los términos de uno de los programas de seguro, tal como un programa de seguro médico o dental grupal ofrecido por su Empleador, su capacidad de apelar decisiones bajo el programa de seguros estará detallada en la Descripción Resumida del Plan o en un folleto explicativo similar que el asegurador tendrá disponible para usted.

El Administrador del Plan revisará su apelación en un tiempo razonable, antes de pasados 60 días de la recepción de su solicitud. El Administrador del Plan podrá, según su propio criterio, llevar a cabo una audiencia sobre el reclamo denegado. Si el Administrador del Plan consulta con un experto médico que lo ayude a analizar su apelación, el experto será distinto al que haya sido consultado en relación con el reclamo inicial denegado, y no estará subordinado a ese primer experto. Además, el Administrador del Plan le proporcionará la identidad de todos los expertos médicos consultados. Si, una vez revisada, se llega a la decisión de confirmar la negación original de su reclamo, recibirá una notificación de dicha determinación, que incluirá los siguientes elementos:

- El o los motivos específicos de la decisión luego de la revisión;
- La disposición o disposiciones específicas del Plan que motivaron la decisión;
- Una declaración de su derecho a revisar (si así lo solicita y sin costo) documentos y demás información relevantes;
- Si al tomar la decisión sobre la revisión se confía en las “reglas, pautas, protocolos internos u otros criterios similares” (denominados colectivamente “pautas internas”), se le proporcionará sin cargo una descripción de las pautas internas específicas, o una declaración que establezca que se confió en dichas pautas internas, y una copia de las pautas internas, si las solicita; y
- Una declaración de su derecho a entablar una demanda de acuerdo bajo la Sección 502(a) de la ERISA (cuando corresponda).

#### DERECHOS DE ERISA

Como participante del Programa de Cuenta de Gasto Flexible tendrá determinados derechos y protecciones bajo la Ley de Seguridad de Ingresos de Retiro de Trabajadores, ERISA. La ERISA dispone que los participantes del Plan tengan derecho a:

- Examinar, sin costo, en la oficina del Administrador del Plan y en otros sitios especificados, tales como lugares de trabajo y sedes sindicales, todos los documentos del Plan y copias de todos los documentos presentados por el Plan ante el Departamento del Trabajo de los EE.UU. (U.S. Department of Labor), tales como informes anuales detallados.
- Obtener copias de todos los documentos del Plan y demás información del Plan, según los solicite por escrito al Administrador del Plan. El Administrador del Plan podrá cobrar un precio razonable por las copias.

Además de crear derechos para participantes del Plan, la ERISA impone deberes a las personas responsables de la operación de un plan de beneficios para empleados. Las personas que operan el Plan, llamadas “fiduciarios” del Plan, tienen el deber de hacerlo en forma prudente y en pos del interés de los participantes y beneficiarios del Plan. Nadie, ni siquiera su Empleador ni ninguna otra persona, podrá despedirlo o discriminarlo en forma alguna para evitar que usted obtenga un beneficio del Plan, ni que ejerza sus derechos conforme a la ERISA.

Si su reclamo de un beneficio de bienestar social es denegado o ignorado, total o parcialmente, tiene derecho a saber por qué, a obtener copias de los documentos relacionados con la decisión sin costo, y a apelar cualquier negación, todo dentro de determinados marcos de tiempo. Bajo la ERISA, hay pasos que puede seguir para ejercer los derechos mencionados anteriormente. Por ejemplo, si solicita una copia de los documentos del Plan, o el último informe anual del Plan, y no los recibe dentro de un plazo de 30 días, podrá iniciar una demanda en un tribunal federal. En dicho caso, el tribunal requerirá que el Administrador del Plan proporcione los materiales y le pague hasta \$110 por día hasta que reciba los materiales, salvo que los materiales no hayan sido enviados por motivos fuera del control del Administrador. Si tiene un reclamo de beneficios que haya sido denegado o ignorado, total o parcialmente, podrá presentar una demanda en un tribunal estatal o federal. Además, si no está de acuerdo con la decisión del Plan, o si no hay tal decisión respecto a una situación calificada de una orden de relación doméstica o una orden de contribución económica para atención médica infantil, podrá entablar una demanda en un tribunal federal. Si ocurriera que los fiduciarios del Plan hicieran mal uso del dinero del Plan, o si es discriminado por hacer valer sus derechos, podrá solicitar ayuda en el Departamento del Trabajo de los EE.UU, o podrá entablar una demanda en un tribunal federal. El tribunal decidirá quién deberá pagar las costas judiciales y los honorarios de abogados. Si tiene éxito, el tribunal podrá ordenar a la persona que usted demandó el pago de estas costas y honorarios. Si usted pierde, el tribunal podrá ordenarle pagar estas costas y honorarios, por ejemplo, si determina que su reclamo no está sustentado.

Si tiene alguna pregunta sobre su Plan, debe ponerse en contacto con el Administrador del Plan. Si tiene alguna pregunta sobre esta declaración o sobre sus derechos en virtud de la ERISA, o si necesita asistencia para obtener documentos con el Administrador del Plan, debe ponerse en contacto con la oficina más cercana de la Administración de Pensiones y Beneficios de Bienestar Social (Pension and Welfare Benefits Administration) del Departamento del Trabajo de los EE.UU que aparece en su guía telefónica, o con Division of Technical Assistance and Inquiries, Pension and Welfare Benefit Administration, U.S. Department of Labor, 200 Constitution Avenue N.W., Washington, D.C. 20210. También podrá obtener determinados materiales impresos sobre sus derechos y responsabilidades bajo la ERISA llamando a la línea directa de publicaciones de la Administración de Pensiones y Beneficios de Bienestar Social.

#### DERECHOS DE COBRA Y HIPAA

Puede que tenga derecho a continuar con su cobertura bajo pólizas de seguro o planes subyacentes a los Programas de Primas de Seguro si las pólizas de seguro o planes constituyen planes médicos grupales. En algunos casos, los derechos de COBRA pueden hacerse extensivos también al Programa de Reembolso de Gastos Médicos no Asegurados, si es que se ofrecen bajo el Plan. Estos derechos de continuación se conocen como “COBRA”, y se aplican si su cobertura termina en determinadas circunstancias. Consulte los

documentos componentes del plan previo, las descripciones resumidas y las notificaciones de COBRA para obtener más información respecto a los derechos que otorga COBRA.

Puede que también tenga derechos respecto a la disminución y eliminación de períodos de exclusión de cobertura por condiciones previamente existentes bajo su plan médico grupal, siempre y cuando tenga cobertura acreditable de otro plan. Estos derechos están controlados por una ley conocida como "HIPAA". Su Empleador le puede dar más información o lo puede encontrar en los documentos y descripciones resumidas del plan médico grupal.

#### NOTIFICACIONES EXIGIDAS POR LEY

a. El Plan no podrá, conforme a las leyes federales, restringir los beneficios de ninguna hospitalización vinculada con un parto ni a la madre ni al recién nacido a menos de 48 horas luego de un parto natural, o a menos de 96 horas luego de una cesárea. Sin embargo, la ley federal por lo general no prohíbe al proveedor de la madre o del recién nacido, luego de haber consultado con la madre, dar de alta a la madre o a su recién nacido antes de transcurridas 48 horas (o 96 horas si correspondiera). En cualquier caso, el Plan no podrá, conforme a la ley federal, exigir que un proveedor obtenga una autorización del Plan para establecer un período de hospitalización que no exceda las 48 (o las 96) horas.

b. Un plan médico grupal, y un emisor de seguros médicos que proporciona cobertura de seguro médico en conexión con el plan médico grupal, que proporcione beneficios médicos y quirúrgicos respecto a una mastectomía (incluyendo el Programa de Reembolso de Gastos Médicos que forma parte del Plan) proporcionarán, en el caso de un beneficiario participante que esté recibiendo beneficios relacionados con la mastectomía y que opte por una reconstrucción de senos vinculada con dicha mastectomía, cobertura para:

reconstrucción del seno en el cual 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 linfedemas,

de una forma tal determinada en consulta con el médico tratante y la paciente. Dicha cobertura está disponible bajo el Programa de Reembolso de Gastos Médicos; sin embargo, dicha cobertura está sujeta a todas las limitaciones y requisitos establecidos para los demás beneficios bajo el Programa de Reembolso de Gastos Médicos.

- ERISA no se aplica a los planes de beneficios para empleados patrocinados por entidades gubernamentales o iglesias. Si su Empleador es una iglesia o una organización gubernamental (tal como un distrito municipal o escolar), la ERISA no se aplicará, y usted no contará con los derechos descritos en esta sección. ERISA tampoco se aplica al Plan en su totalidad ni a los programas de beneficios, salvo al Programa de Reembolso de Gastos Médicos no Asegurados. ERISA se aplica al Programa de Reembolso de Gastos Médicos no Asegurados y a algunos o todos los planes subyacentes a los Programas de Primas de Seguro.