

EL PLAN DE MANERA CORRECTA

Descripción resumida del plan

de lesiones laborales

DE MANERA CORRECTA

Y

EL PLAN DE RESOLUCIÓN DE DISPUTAS

DE MANERA CORRECTA

AVISO A LOS EMPLEADOS QUE HABLAN INGLÉS: Este folleto contiene un resumen en inglés de los derechos y beneficios de su plan bajo el Plan de beneficios por lesiones laborales. Si tiene dificultades en comprender alguna parte de este folleto, o desea una versión en español de este folleto, comuníquese con su supervisor.

AVISO A LOS EMPLEADOS QUE HABLAN ESPAÑOL: Este folleto fue escrito en inglés. Sin embargo, está disponible en español. Si desea una copia de este folleto en español, por favor comuníquese con su supervisor o el dueño de la tienda.

ESTE FOLLETO INCLUYE UN ACUERDO DE ARBITRAJE.

**ESTE PLAN INCLUYE UN ACUERDO DE
ARBITRAJE OBLIGATORIO VINCULANTE**

Estimado empleado de McDonald's:

Su empleador no tiene cobertura de seguro de compensación para trabajadores y usted no es elegible para recibir beneficios de compensación para trabajadores bajo la Ley de Compensación de Trabajadores de Texas. Sin embargo, su empleador ha establecido y mantiene un plan de lesiones laborales no marginal para ciertos reemplazos salariales y beneficios médicos para los empleados lesionados en el curso y el alcance de su empleo.

En trabajando junto con sus empleados, su empleador se esfuerza por proporcionar un entorno seguro para nuestros clientes y nuestros empleados. Se requiere su cooperación y asistencia para garantizar que el lugar de trabajo esté seguro y libre de peligros y cualquier condición insegura. Sin embargo, todos sabemos que los accidentes en el trabajo pueden ocurrir de vez en cuando. Cuando lo hagan, queremos que nuestros empleados reciban tratamiento médico rápido y profesional. También queremos proporcionarles a nuestros empleados un cheque de pago si no pueden regresar a trabajar después de una lesión laboral. Con estos objetivos en mente, su empleador ha desarrollado y ahora ha actualizado un plan de lesiones laborales llamado **Plan de lesiones laborales de manera CORRECTA**. **Este Plan actualizado es efectivo para todas las lesiones laborales que ocurran a partir del 1 de mayo de 2004 o una fecha posterior especificada en el Acuerdo de adopción.**

También entendemos que pueden surgir problemas y disputas en el lugar de trabajo. Queremos asegurarnos de que sepa exactamente qué proceso seguir si necesita ayuda para resolver un problema o disputa de manera justa y rápida. Es por eso que hemos desarrollado y ahora actualizamos un programa llamado **Plan de resolución de disputas de manera CORRECTA**. **Este plan actualizado también es efectivo el 1 de mayo de 2004 o una fecha posterior especificada en el Acuerdo de adopción.** Este programa no le quita sus derechos legales, solo cambia el método para resolver disputas relacionadas con lesiones laborales, desde una demanda larga, costosa y desagradable hasta **un proceso que les permite a usted y a su empleador resolver sus diferencias de manera oportuna y objetiva.**

EL PLAN DE MANERA CORRECTA INCLUYE UNA POLÍTICA OBLIGATORIA QUE REQUIERE CUALQUIER “RECLAMO CUBIERTO” COMO SE DEFINE EN EL PLAN DE RESOLUCIÓN DE DISPUTAS DE MANERA CORRECTA (QUE INCLUYE RECLAMOS O DISPUTAS DE CUALQUIER MANERA RELACIONADA CON (A) EL PLAN DE MANERA CORRECTA (B) UNA LESIÓN O ENFERMEDAD LABORAL, (C) UN ACCIDENTE O LESIÓN, Y / O (D) LA MUERTE CAUSADA POR UNA LESIÓN O ENFERMEDAD LABORAL O UN ACCIDENTE O LESIÓN) SE RESUELVE A TRAVÉS DEL ARBITRAJE VINCULANTE EN LA MEDIDA Y DE LA MANERA DESCRITA EN LA RESOLUCIÓN DE DISPUTAS DE MANERA CORRECTA.

Sinceramente,

El propietario / operador de McDonald's

TABLA DE CONTENIDO

Página

Estimado empleado de McDonald's.....	i
TABLA DE CONTENIDO	ii

DETALLES DEL PLAN DE LESIONES LABORALES

INTRODUCCIÓN.....	1
AVISO A LOS EMPLEADOS SOBRE LA COMPENSACIÓN DE LOS TRABAJADORES DE TEXAS	1
ELEGIBILIDAD	2
ARBITRAJE VINCULANTE DE LESIONES Y DISPUTAS DE BENEFICIOS	2
CÓMO FUNCIONA EL PLAN DE MANERA CORRECTA	3
LESIONES CUBIERTAS Y NO CUBIERTAS	6
BENEFICIOS DE REEMPLAZO DE SALARIOS	10
BENEFICIOS MEDICOS	12
ENTREGAR UN RECLAMO POR BENEFICIOS.....	18
PRESENTACIÓN DE RECLAMOS DETALLADOS Y PROCEDIMIENTOS DE APELACIÓN ...	19
PROCEDIMIENTOS DE REVISIÓN DE RECLAMOS	20
BENEFICIOS CONTINUOS	26
COMPENSACIÓN, REEMBOLSO Y RECUPERACIÓN DE BENEFICIOS.....	27
ENMIENDA O TERMINACIÓN DEL PLAN.....	29
INFORMACIÓN GENERAL.....	29
DECLARACIÓN DE DERECHOS ERISA.....	29
LEY APLICABLE.....	30
ASISTENCIA CON PREGUNTAS	31
APÉNDICE A: AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD PARA LA INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA.....	32

DETALLES DEL PLAN DE RESOLUCIÓN DE DISPUTAS DE MANERA CORRECTA

ARBITRAJE VINCULANTE DE CIERTAS DISPUTAS

ARBITRAJE OBLIGATORIO	40
RESOLVER PROBLEMAS DE LA MANERA CORRECTA	40
ARBITRAJE OBLIGATORIO	40
RENUNCIA DE JURADO / JUICIO CON JUEZ	40
Obteniendo las respuestas CORRECTAS a los problemas	41
Los pasos CORRECTOS.....	42
Paso 1: Comunicación	42
Paso 2: Arbitraje obligatorio.....	42

	<u>Page</u>
Por qué el arbitraje vinculante es la opción CORRECTA.....	44
Dirección AAA:	44
¿Qué debe hacer un empleado?	45
Información para padres y tutores	45
DEFINICIONES.....	45
Reglas del programa del plan de resolución de disputas de manera CORRECTA	46
PRESENTAR UNA DEMANDA NO PAGA EL ESTATUTO DE LIMITACIONES	48
Requisito previo al arbitraje.....	48
Notificación requerido de todos los reclamos.....	49
Representación.....	49
Reglas de procedimiento y ley aplicable	49
Procedimientos de audiencia previa al arbitraje	49
Citaciones.....	50
Movimientos dispositivos.....	50
Carga de la prueba y autoridad del árbitro.....	50
Resumen de la audiencia posterior al arbitraje	50
Forma de decisión.....	50
El tribunal puede hacer cumplir la decisión del árbitro	50
Arbitraje y laudo para ser privado	51
Tasas y costos de arbitraje	51
Mediación	52
Confidencialidad.....	52
Comercio interestatal	52
Ley Federal de Arbitraje.....	52
Modificación o revocación del plan.....	53
Reglas del programa único y completo.....	53
No es un acuerdo de empleo	53
Efecto vinculante	53
Acuerdo voluntario	54
Ratificación por recibo de beneficios del plan.....	54
No se requiere firma	54
PERSONA DE CONTACTO	54
INFORMACIÓN DEL CONTACTO.....	55

DETALLES DEL PLAN DE LESIONES LABORALES DE MANERA CORRECTA

INTRODUCCIÓN

Su empleador no tiene cobertura de seguro de compensación de trabajadores para sus empleados de Texas de conformidad con la Ley de Compensación de Trabajadores de Texas y estableció el plan de manera CORRECTA que incluye el plan de lesiones laborales de manera CORRECTA y el plan de resolución de disputas de manera CORRECTA (en lo sucesivo, colectivamente denominado el “PLAN” o el “plan de manera CORRECTA”). El plan de lesiones laborales de manera CORRECTA es un plan de beneficios de asistencia social para empleados no complementario bajo la Ley de Seguridad en el Ingreso de los Retirados de 1974, según enmendada (“ERISA”). Las disposiciones del plan de lesiones laborales de manera CORRECTA se aplican únicamente a un empleado que sufre una lesión (como se define aquí) en la fecha de entrada en vigencia del plan de manera CORRECTA y de cualquier beneficiario, cónyuge, herederos, representantes legales y cesionarios de dicho empleado.

El plan de resolución de disputas de manera CORRECTA contiene una política obligatoria que requiere cualquier “reclamo cubierto” según se define en el plan de resolución de disputas de manera CORRECTA (que incluye reclamos o disputas en cualquier forma relacionada con (a) el plan de manera CORRECTA, (b) una lesión laboral o enfermedad, (c) un accidente o lesión, y / o (d) muerte causada por una lesión o enfermedad laboral o un accidente o lesión), se resolverá mediante ARBITRAJE VINCULANTE en la medida y la manera descrita en el plan de resolución de disputas de manera CORRECTA.

Su empleador se compromete a proporcionar un lugar de trabajo seguro. Su empleador también se compromete a proporcionar protección contra la pérdida de ingresos y ayudarlo a pagar los gastos médicos que de otra manera podrían presentar una carga financiera si se lesiona en el trabajo. Este folleto ha sido preparado para ayudarlo a comprender sus beneficios y obligaciones bajo el Plan de manera CORRECTA. **Por favor léalo detenidamente.**

Para que se apliquen los beneficios descritos en este folleto, la fecha de la lesión en el trabajo debe ser posterior a la fecha de entrada en vigencia del plan de manera CORRECTA. “Fecha de entrada en vigencia” significa el 1 de mayo de 2004, o la fecha en que el empleador firma el Acuerdo de adopción. Dicha fecha puede ser la fecha efectiva original de este plan, o si este documento es una continuación y una reexpresión de un plan de beneficios de lesiones laborales preexistente, la fecha efectiva de reexpresión. La firma del empleador del Acuerdo de adopción no es necesario para que el plan de manera CORRECTA sea efectivo.

AVISO A LOS EMPLEADOS SOBRE LA COMPENSACIÓN DE TRABAJADORES DE TEXAS

El siguiente aviso se proporciona según lo exige la ley de Texas:

COBERTURA: El empleador no tiene cobertura de seguro de compensación para trabajadores. Como empleado de un empleador no cubierto, no es elegible para recibir beneficios de compensación para trabajadores bajo la Ley de Compensación para Trabajadores de Texas. Sin embargo, un empleador no cubierto (sin suscripción) puede proporcionar otros beneficios a los empleados lesionados. Debe comunicarse con su empleador con respecto a la disponibilidad de otros beneficios o compensación por una lesión laboral. Además, puede tener derechos bajo la ley común de Texas si sufre una lesión en el trabajo. Se requiere que su empleador le brinde la información de cobertura, por escrito, cuando lo contraten o cuando el empleador esté o deje de estar cubierto por el seguro de compensación para trabajadores.

LÍNEA DIRECTA DE VIOLACIONES DE SEGURIDAD: La Comisión ha establecido un número de teléfono gratuito las 24 horas para informar condiciones inseguras en el lugar de trabajo que pueden violar las leyes de seguridad y salud ocupacional. La ley prohíbe a los empleadores suspender, despedir o discriminar a cualquier empleado porque él o ella informa de buena fe una supuesta violación de la salud

o la seguridad de la ocupación. Póngase en contacto con la División al 1-800-452-9595.

Su plan de lesiones laborales: su empleador PROPORCIONA a todos los empleados elegibles de Texas, sin costo, el Plan de manera CORRECTA descrito en este folleto.

NUESTRO PROGRAMA DE SEGURIDAD: nuestro éxito depende en gran medida de que siga todas nuestras reglas y procedimientos de seguridad y que notifique inmediatamente a su supervisor sobre cualquier condición de trabajo o lesión insegura, sin importar cuán leve sea. no será suspendido, rescindido o discriminado porque, de buena fe, informe una condición insegura o una posible violación de seguridad o salud ocupacional.

ELEGIBILIDAD

Usted se convierte automáticamente en un Participante en el Plan de manera CORRECTA en el momento posterior a: (1) la Fecha de entrada en vigencia, o (2) o la hora y fecha en que cumple con lo siguiente:

- Usted trabaja en Texas en el negocio regular del Empleador (esto incluye a aquellos empleados que trabajan temporalmente fuera de Texas pero bajo la dirección y control de y en el negocio regular del empleador);
- Está bajo la dirección y el control del empleador; y
- Recibe su pago de forma regular por medio de un salario, comisión o salario directamente del empleador.

El Plan de manera CORRECTA no cubre contratistas independientes o agentes de terceros. El Plan de manera CORRECTA no cubre a ninguna persona enviada o proporcionada a la compañía o al empleador por una Compañía de servicios de arrendamiento de personal, una Organización de empleadores profesionales, un Empleador común temporal u otra entidad de arrendamiento de personal a menos que dicha Compañía de servicios de arrendamiento de personal, Organización de empleadores profesionales, Empleador común temporal u otra entidad de arrendamiento de personal es propiedad y / u operado por la compañía o el empleador.

ARBITRAJE VINCULANTE DE LESIONES Y DISPUTAS DE BENEFICIOS

SU EMPLEO POR EL EMPLEADOR Y SU PARTICIPACIÓN EN EL PLAN DE LA MANERA CORRECTA ESTÁN SUJETOS A LOS TÉRMINOS DEL PLAN DE LA MANERA CORRECTA Y AL "PLAN DE RESOLUCIÓN DE DISPUTAS DE MANERA CORRECTA", QUE ES PARTE DE ESTE FOLLETO. "EL PLAN DE RESOLUCIÓN DE DISPUTAS DE MANERA CORRECTA " ES UNA POLÍTICA DE EMPLEADOR QUE PROPORCIONA TODOS LOS RECLAMOS O DISPUTAS DE CUALQUIER FORMA RELACIONADOS CON UN "RECLAMO CUBIERTO" COMO SE DEFINE AQUÍ (QUE INCLUYE CUALQUIER RECLAMO O DISPUTA DE CUALQUIER FORMA RELACIONADO CON EL PLAN DE MANERA CORRECTA, UN ACCIDENTE, O LA MUERTE CAUSADA POR UN ACCIDENTE O LESIÓN, EXCEPTO LO PROHIBIDO POR ERISA) ESTÁN SUJETOS A ARBITRAJE VINCULANTE.

ESTE ARBITRAJE VINCULANTE SERÁ EL ÚNICO Y EXCLUSIVO RECURSO PARA USTED, SUS BENEFICIARIOS Y EL EMPLEADOR PARA RESOLVER CUALQUIER RECLAMO CUBIERTO. NI USTED O SUS BENEFICIARIOS NI EL EMPLEADOR TENDRÁN DERECHO A ENTRAR A JUICIO O JURADO EN CUALQUIER RECLAMO CUBIERTO. AL PERMANECER EN EL EMPLEO DEL EMPLEADOR EN O DESPUÉS DE LA FECHA EFECTIVA ESPECIFICADA EN EL ACUERDO DE ADOPCIÓN, USTED, INDIVIDUALMENTE Y EN NOMBRE DE CADA BENEFICIARIO, INDICA, RECONOCE Y ACEPTA: (A) CADA ENTENDIMIENTO Y CONOCIMIENTO Y VOLUNTARIAMENTE ENTRA Y ACEPTA ESTAR SUJETO A ESTA POLÍTICA DE ARBITRAJE VINCULANTE, Y (B)

RENUNCIAR A CUALQUIER DERECHO DE JUICIO POR UN JUEZ Y POR UN JURADO.

EL EMPLEADOR Y TODOS LOS EMPLEADOS Y SUS RESPECTIVOS BENEFICIARIOS ACUERDAN ESTAR OBLIGADOS POR EL ACUERDO DE ARBITRAJE VINCULANTE ESTABLECIDO EN EL “PLAN DE RESOLUCIÓN DE DISPUTAS DE MANERA CORRECTA”.

AVISO SUFICIENTE EL EMPLEADOR, EL EMPLEADO Y CADA BENEFICIARIO ACEPTAN EL RECIBO POR EL EMPLEADO DE LA DESCRIPCIÓN DEL PLAN RESUMIDA DE LESIONES LABORALES DE MANERA CORRECTA Y / O EL PLAN DE RESOLUCIÓN DE DISPUTAS DE MANERA CORRECTA CONSTITUYE AVISO LEGALMENTE SUFICIENTE PARA EL EMPLEADO Y CADA BENEFICIARIO DEL ACUERDO DE ARBITRAJE VINCULANTE QUE ES PARTE DEL PLAN DE MANERA CORRECTA Y SE ESTABLECE EN EL PLAN DE RESOLUCIÓN DE DISPUTAS DE MANERA CORRECTA.

AUNQUE SE REQUIERE QUE EL EMPLEADO FIRME LA “ACEPTACIÓN DEL PLAN DE LA MANERA CORRECTA” Y EL “RECEPCIÓN Y CONSENTIMIENTO DE ARBITRAJE Y CONSENTIMIENTO”, NI LA FIRMA DEL EMPLEADO NI NINGÚN BENEFICIARIO DE DICHS DOCUMENTOS NI NINGÚN OTRO ACUERDO ESCRITO ES NECESARIO PARA QUE SE APLIQUE EL PLAN DE RESOLUCIÓN DE DISPUTAS DE MANERA CORRECTA. AVISO CONTINUO DEL EMPLEADO CON EL CONSTITUTO DEL EMPLEADOR AVISO Y ACEPTACIÓN DEL PLAN DE RESOLUCIÓN DE DISPUTAS DE MANERA CORRECTA Y SUS DISPOSICIONES OBLIGATORIAS DE ARBITRAJE.

El Empleador está obligado a pagar los beneficios de conformidad con los términos de este Plan, y la política de arbitraje vinculante seguirá vigente con respecto al Empleador, usted y sus Beneficiarios, incluso si rechaza los beneficios de este Plan, los beneficios cesan, o usted termina voluntariamente o involuntariamente el empleo con el Empleador.

CÓMO FUNCIONA EL PLAN DE de manera CORRECTA

TÉRMINOS UTILIZADOS EN ESTE FOLLETO.
Los términos utilizados en este Folleto tienen un significado normal, a menos que se defina lo contrario en este Folleto o en el Plan de manera CORRECTA.

PROCEDIMIENTOS EN CASO DE LESIÓN.
En caso de lesión, debe:

- Notificar a su supervisor inmediatamente después de lesionarse en el trabajo, sin importar cuán leve sea la lesión. **Este aviso verbal debe ser proporcionado por** el primero de (a) en el momento de la lesión, si es posible; (b) antes del final del turno de trabajo si es posible; (c) dentro de las 24 horas posteriores a la lesión, si es posible; o (d) o en cualquier otro momento que el Administrador de reclamos determine como razonable bajo las circunstancias.
- Si necesita o cree que necesita tratamiento médico como resultado de su lesión en el trabajo, informe a su supervisor de inmediato (o tan pronto como se dé cuenta de la necesidad de tratamiento médico).
- Someterse a pruebas de alcohol y / o drogas si su Empleador determina que existe una "posibilidad razonable" de uso de drogas o alcohol causado o contribuido a la Lesión reportada, y debe proporcionarle al Empleador su información de pruebas de alcohol y drogas o autorizar al Empleador a obtener acceso a esta información;
- Completamente, firme y feche un Informe de Accidente de Empleado por escrito y entréguelo personalmente a su supervisor a la mayor brevedad posible: (a) si es posible, en el momento en que debe informar verbalmente la lesión a su supervisor; (b) si es posible, antes del final de su turno de trabajo; (c) si es posible, dentro de las 24 horas posteriores a la lesión; o (d) en cualquier

otro momento que el Administrador de reclamos pueda determinar como razonable bajo las circunstancias;

- Coopere con el empleador y el Administrador de reclamos en relación con la investigación del reclamo y / o su (s) lesión (es) relacionada (s) con el trabajo y / o el tratamiento de y para dicha lesión o lesiones;
- Comuníquese y coopere con el Empleador y el Administrador de reclamos de manera continua si está recibiendo beneficios bajo el Plan de manera CORRECTA;
- Tratar con un médico aprobado, un proveedor aprobado y / o un centro aprobado, a menos que se indique lo contrario en el presente;
- Asistir a todas las citas de un médico aprobado, proveedor aprobado y / o centro aprobado;
- Regrese a trabajar con su empleador según lo dispuesto por el médico aprobado y cumpla con todas y cada una de las restricciones del médico aprobado con respecto al trabajo después de un accidente.

Si es necesario, el Administrador de reclamos lo ayudará a coordinar el tratamiento médico adecuado.. **No tiene derecho a seleccionar y hacer que el plan de manera CORRECTA pague por su elección de un proveedor de atención primaria o un proveedor de atención médica especializada, incluso si dicho proveedor es un médico aprobado, un proveedor aprobado o un centro aprobado..**

Para recibir **cualquier** beneficio bajo este Plan, **El tratamiento debe ser aprobado previamente** por el Administrador de reclamos, a menos que se indique lo contrario en este folleto.

Para recibir cualquier beneficio bajo este Plan, **debe recibir** atención médica de un **médico aprobado, proveedor aprobado o instalación aprobada de inmediato y no más de 14 días después de la fecha de la lesión o el tiempo que el administrador de reclamos determine que es apropiado bajo las circunstancias.** Puede usar un médico, proveedor o centro no aprobado solo si:

- **Primero**, el tratamiento se brinda para Atención de emergencia (como se describe más adelante en

la sección BENEFICIOS MÉDICOS de este folleto);

- **En segundo lugar**, un médico aprobado, un proveedor aprobado o un centro aprobado no está disponible o no se encuentra a una distancia razonable de su ubicación, en el momento de su lesión, según lo determine el administrador de reclamos (considerando la naturaleza de su lesión);
- **Tercero**, usted notifica al Administrador de reclamos sobre dicha Atención de Emergencia dentro de las 24 horas posteriores a la recepción de dicha atención o al siguiente día hábil o en el momento en que el Administrador de reclamos determine que es razonable bajo las circunstancias; y
- **Finalmente**, después de recibir tratamiento para atención de emergencia primaria, los tratamientos posteriores deben ser proporcionados por un médico aprobado, un proveedor aprobado o una instalación aprobada.

La atención médica inicial puede incluir pruebas de alcohol y drogas si su Empleador determina que existe una "posibilidad razonable" de uso de drogas o alcohol causado o contribuido a la lesión o enfermedad reportada, y usted debe proporcionarle al Empleador su información de pruebas de alcohol y drogas o autorizar al empleador para acceder a esta información.

También debe seguir los procedimientos que se describen a continuación en la sección SOLICITUD DE BENEFICIOS de este folleto.

PROVEEDORES DE SALUD APROBADOS.

Debe recibir toda la atención médica de y / o **Médicos aprobados, Proveedores aprobados o Instalaciones aprobadas** (que actúen dentro del alcance de su licencia) **previamente aprobados por el Administrador de reclamos** (excepto en situaciones limitadas que involucren Atención de emergencia). Los términos "Médico aprobado", "Proveedor aprobado" y "Instalación aprobada" se escriben en mayúscula y se utilizan a lo largo de este folleto y tienen el siguiente significado:

Médico aprobado: Una persona debidamente licenciada por la ley de Texas como Médico o Doctor en Osteopatía y expresamente aprobada por el Administrador de reclamos o incluida en

una lista aprobada de instalaciones adoptadas por el Administrador de reclamos para proporcionar servicios médicos, bienes y / o suministros a un Empleado para recibir tratamiento de una lesión;

Proveedor aprobado: Una persona o entidad aprobada expresamente por el Administrador de reclamos o incluida en una lista aprobada de instalaciones adoptadas por el Administrador de reclamos para proporcionar servicios médicos, bienes y / o suministros a un Empleado para el tratamiento de una lesión;

Instalación aprobada: Un hospital u otro centro de atención médica o proveedor de servicios o suministros médicos aprobado expresamente por el Administrador de reclamos o incluido en una lista aprobada de instalaciones adoptadas por el Administrador de reclamos para proporcionar servicios, bienes y / o suministros médicos a un Empleado para el tratamiento de una lesión.

Se le proporcionará una lista de médicos aprobados, proveedores aprobados e instalaciones aprobadas, previa solicitud y sin cargo, como un documento separado. El Administrador de reclamos se reserva el derecho de agregar, eliminar o enmendar cualquier lista de este tipo en cualquier momento.

Ningún médico aprobado, proveedor aprobado o instalación aprobada es un agente del empleador. Si bien los beneficios de este Plan están condicionados al uso de médicos aprobados, proveedores aprobados y / o instalaciones aprobadas, usted tiene derecho a buscar la atención médica que considere apropiada de cualquier proveedor que elija a su propio costo. Además, el Plan de manera CORRECTA no tiene la intención de afectar su relación con sus proveedores de atención médica. El tratamiento o rehabilitación médica real de cualquier lesión sigue siendo prerrogativa y responsabilidad exclusiva de usted y de su médico aprobado, proveedor aprobado, centro aprobado y / u otros proveedores de atención médica, según su criterio independiente.

Para los propósitos de este Plan, todas las determinaciones relacionadas con su condición física deben ser hechas por un Médico o Proveedor Aprobado. Debe seguir completa y completamente los consejos y el curso del tratamiento médico prescrito por el médico aprobado, el proveedor

aprobado y / o la instalación aprobada y debe cumplir con todas las citas programadas para cumplir con el plan de tratamiento médico prescrito. El Administrador de reclamos tendrá derecho a exigir que un médico aprobado y / o un proveedor aprobado lo examinen o reexaminen con la frecuencia que el administrador de reclamos determine que es razonablemente necesario o apropiado mientras recibe o reclama los beneficios del plan..

FONDOS.

El Plan de manera CORRECTA es un plan ERISA autofinanciado. El Empleador actualmente paga el costo total para proporcionar su cobertura bajo este Plan y paga los beneficios del Plan únicamente de los activos generales del Empleador. El Empleador tiene el derecho pero no la obligación de obtener contratos de seguro para proporcionar fondos al Empleador para pagar todo o parte de un beneficio bajo el Plan de manera CORRECTA o para reembolsar al Empleador el pago de cualquier beneficio bajo el Plan de manera CORRECTA; pero ningún beneficio bajo el Plan de manera CORRECTA está garantizado por ningún contrato o póliza de seguro y el Empleador será el único responsable del pago de los reclamos bajo este Plan.

Si el Empleador ha comprado una póliza de seguro, cuyo propósito (en su totalidad o en parte) es proporcionar fondos al Empleador para los beneficios del Plan o que se pueden utilizar para reembolsar al Empleador por los beneficios del Plan, entonces:

- Los pagos de beneficios bajo este Plan no serán pagaderos o cesarán inmediatamente en caso de que la cobertura de beneficios no esté disponible para el Empleador o cese bajo dicha póliza por cualquier motivo; y
- Ninguna de las ganancias de la póliza de seguro se considerará "activos del plan" a los fines de ERISA. Cualquier producto de la póliza constituirá una parte de los activos generales del empleador.

Dicha póliza de seguro será de su propiedad, y todos los montos de la póliza serán pagaderos al Empleador, y usted no tendrá ningún interés o derecho sobre los montos pagaderos según la póliza (a pesar de que ciertos pagos de beneficios, informes u otros requisitos de este Plan puede estar relacionado con los requisitos de dicha póliza de seguro).

RATIFICACIÓN POR RECIBO DE BENEFICIOS DEL PLAN.

El Empleador, usted y cada uno de sus Beneficiarios cada vez que recibe los Beneficios del Plan o los Beneficios del Plan son pagados a un proveedor médico u otra persona o entidad en su nombre, el Empleador, usted y cada uno de sus Beneficiarios **ratifican y afirman** el plan de la manera CORRECTA, incluido el Plan de resolución de disputas de manera CORRECTA y su acuerdo obligatorio para arbitrar todos los Reclamos cubiertos. Usted y cada uno de sus Beneficiarios y Empleador reconocen y acuerdan que cualquier Beneficio del plan que se le pague o que se le pague a un proveedor médico u otra persona o entidad en su nombre redundará en beneficio de todas las Partes, y todas las Partes se benefician de dicho pago.

CONSENTIMIENTO A ELECTRÓNICA DISTRIBUCIÓN Y TRANSFERENCIA DE INFORMACIÓN.

Al participar en este Plan, el Empleador, usted y cada uno de sus Beneficiarios dan su consentimiento para transmitir y recibir electrónicamente toda la información relacionada con o sobre el Plan de manera CORRECTA, la Descripción del plan resumida de lesiones laborales de manera CORRECTA y el Plan de resolución de disputas de manera CORRECTA, según lo permitido por ley. Dicha información incluye, entre otros, avisos, boletines informativos, anuncios de inscripción, descripción del plan resumida de lesiones laborales (SPD) de manera CORRECTA, Plan de resolución de disputas de manera CORRECTA, Resúmenes de modificaciones materiales (SMM), Determinaciones adversas de beneficios, decisiones sobre cualquier Apelaciones de una determinación adversa de beneficios, información relacionada con COBRA e HIPAA.

LESIONES CUBIERTO Y NO CUBIERTAS

LESIONES CUBIERTAS.

El plan de manera CORRECTA paga beneficios solo debido a daños o daños a la estructura física del cuerpo como resultado de un "Accidente" (que significa un evento repentino, imprevisto, no planificado, inusual y específico que ocurre en un momento y lugar identificables) que surge de u ocurriendo durante el curso y el alcance del empleo por parte del empleador (como se describe con más detalle en este folleto). Para estar sujeto a las disposiciones de este folleto, la fecha de la lesión debe ser posterior o posterior a la fecha de vigencia.

Sin embargo, cualquier disposición de este Plan en sentido contrario, si el Empleador ha comprado una póliza de seguro como se describe anteriormente, cuyo propósito (en su totalidad o en parte) es pagarle los beneficios del plan o reembolsarle al empleador los beneficios del plan, entonces el accidente debe haber ocurrido durante el período de la póliza. Para los propósitos de este plan, todas las Lesiones resultantes de un accidente o una serie de accidentes relacionados se considerarán una sola Lesión.

TIPOS DE LESIONES NO CUBIERTAS.

“Lesión,” como se usa en este folleto, no incluye:

- Cualquier tensión, degeneración, daño o daño a, o enfermedad o condición del ojo, oído o estructura musculoesquelética u otra parte del cuerpo que resulte del uso de un terminal de pantalla de video, teclado o caja registradora, mala postura, ruido, vibraciones, los resultados naturales del envejecimiento, la osteoartritis, la artritis o el proceso degenerativo, los factores a los que está expuesto el público en general u otras circunstancias prescritas por el Administrador de reclamos que no resultan directa y exclusivamente de su curso y alcance del empleo;
- Etiquetas de diagnóstico que implican dolores y dolores musculoesqueléticos generalizados en ausencia de cualquier fisiopatología primaria demostrable, como fibrositis, fibromialgia, síndrome de dolor miofascial, miositis o síndrome de fatiga crónica;
- Síndrome de dolor regional complejo o síndrome de distrofia simpática refleja;
- Salvo lo dispuesto en este documento, cualquier lesión mental, angustia emocional, síndrome de fatiga crónica, trauma mental o lesión similar a su estado mental o emocional, incluyendo, entre otras, cualquier manifestación física resultante de dicho estado mental o emocional, y cualquier daño mental o emocional o daños derivados principalmente de una acción del personal, que incluye, entre otros, una transferencia, promoción, degradación o terminación del empleo u otra acción disciplinaria;
- Daño a la estructura física del cuerpo, como el síndrome del túnel carpiano, que ocurre (o supuestamente ocurrió) como resultado de

actividades repetitivas y traumáticas físicas que ocurren con el tiempo;

- Cualquier enfermedad, enfermedad o dolencia, independientemente de cómo se haya adquirido, a menos que se contraiga a continuación, y como resultado directo de una lesión cubierta;
- Ptomaine o infección bacteriana, excepto cuando resulta de la ingestión accidental o inhalación accidental de sustancias alimenticias venenosas, y excepto la infección piógena que ocurre con, y como resultado de un corte o herida accidental;
- Daños resultantes de contaminantes en el aire que no se encuentran comúnmente en el entorno laboral normal del Empleador, incluidos, entre otros, polen, hongos y moho;
- Daño resultante del estrés laboral;
- Cualquier ataque cardíaco, accidente cerebrovascular o aneurisma;
- Hernia, a menos que dicha hernia sea una hernia inguinal que:
 - apareció de repente e inmediatamente después de la lesión;
 - no existía en ningún grado antes de la lesión; y
 - fue acompañado de dolor; o
- Osteoartritis, artritis y / o cualquier otro proceso degenerativo de las articulaciones, huesos, tendones o ligamentos;
- Cualquier condición preexistente, excepto en la medida limitada (si la hubiera), un médico o proveedor aprobado confirma claramente una agravación identificable y significativa (incurrida en el curso y alcance del empleo) de una condición preexistente; sin embargo proporcionado:
 - la cobertura para tal agravamiento se proporcionará solo si y en la medida en que el Médico aprobado,
 - confirma que la condición preexistente ha sido reparada o rehabilitada previamente, y

- prescribe servicios o suministros médicamente necesarios para tratar dicha molestia y es probable que lo devuelva al estado previo a la lesión;
- no se proporcionará cobertura si la condición preexistente fue una de las principales causas de la lesión;
- Cualquiera y todas las afecciones médicas causadas o contribuidas por el consumo, uso o exposición al tabaco, productos de tabaco o subproductos del tabaco, incluido el humo de segunda mano, o cualquier vapor, vaporizador, cigarrillos electrónicos, líquidos electrónicos, jugos electrónicos o e-cigs o dispositivos similares;
- Cualquiera y todas las condiciones causadas o contribuidas por asbesto, fibra de asbesto, productos de asbesto, productos a base de asbesto, plomo, productos a base de plomo, productos a base de plomo, sílice, productos de sílice o productos a base de sílice;
- Cualquiera y todas las condiciones médicas causadas o contribuidas por el consumo, uso o exposición a la marihuana y / o tetrahidrocannabinol ("THC") u otros cannabinoides.

La lista anterior no pretende limitar las lesiones que el Administrador o el Comité de reclamos pueden excluir dependiendo de los hechos y circunstancias particulares de cada lesión y las disposiciones y la intención del plan de manera CORRECTA.

CIRCUNSTANCIAS DE LESIONES NO CUBIERTAS.

No se pagarán beneficios bajo este plan si:

- La lesión ocurrió antes de que usted se convirtiera en empleado del empleador y participante en el plan de manera CORRECTA;
- La lesión no se informó oportunamente (o la información solicitada no se proporcionó oportunamente) de acuerdo con los requisitos y los plazos especificados en el plan de manera CORRECTA (a menos que el Administrador de reclamos determine que existe una buena causa

para no informar oportunamente la lesión o no proporcionar información solicitada);

- La lesión ocurrió mientras usted estaba en un estado de intoxicación, o había perdido el uso normal de sus facultades mentales o físicas como resultado del uso de una droga o alcohol. Dicha intoxicación o pérdida de facultades puede establecerse con base en los hechos y circunstancias de la Lesión, el testimonio de testigos, sus admisiones o declaraciones, pruebas médicas o sobre cualquier otra base que el Administrador de Reclamos pueda determinar. Para este propósito, se considerará que estaba en estado de intoxicación en el momento de la lesión si la prueba de drogas o alcohol requerida por el empleador después de los descubrimientos de la lesión:

- Una concentración de alcohol de 0.08 o más, donde los términos "alcohol" y "concentración de alcohol" tienen el significado asignado en el Código de bebidas alcohólicas de Texas;
- Cualquier nivel de una sustancia controlada o análogo de sustancia controlada, según lo define la Ley de Sustancias Controladas, el Código de Salud y Seguridad de Texas; una droga peligrosa según lo define el Código de Salud y Seguridad de Texas; un pegamento abusivo o pintura en aerosol según lo definido por el Código de Salud y Seguridad de Texas; o cualquier sustancia similar regulada por las leyes del Estado de Texas, que estén por encima de los niveles límite utilizados por un laboratorio certificado por la Administración de Servicios de Salud Mental y Abuso de Sustancias (SAMHSA);

siempre que, sin embargo, la intoxicación no incluya la pérdida del uso normal de las facultades mentales o físicas resultantes de la introducción en el cuerpo de una sustancia tomada de conformidad con una receta escrita por su médico (a menos que su médico lo haya sabido razonablemente, a juicio del Administrador de reclamos, debido a advertencias de prescripción o de otro modo, podría ocurrir la pérdida del uso normal) o una sustancia enumerada anteriormente por

inhalación o absorción incidental a su trabajo para un Empleador;

- La lesión es causada por el uso a largo plazo de un teléfono celular o la exposición al humo de segunda mano, o el uso de un PDA o dispositivo similar fue una causa de la lesión.;
- La lesión se puede tratar mediante la atención médica razonable de una forma que una persona prudente común en las mismas circunstancias o similares se sometería y usted no ha aprovechado dicho tratamiento.;
- La lesión fue causada por su intención o intento de lastimarse o lastimar a otra persona, ya sea que estuviera cuerdo o loco;
- Ocurrió mientras trabajaba en violación de cualquier ley (no es necesario presentar ni enjuiciar ni acusar, o se produce una condena para que se aplique esta disposición);
- La lesión ocurrió mientras usted estaba involucrado o participando en juegos bruscos, peleas, peleas o comportamiento inapropiado similar;
- La lesión se produjo mientras usted estaba "en suspensión", "despedido" por el empleador, en licencia por cualquier otro motivo, o fuera del curso y alcance del empleo;
- La lesión surgió de un acto de otra persona con la intención de lastimarlo por razones personales y no dirigida a usted como un Empleado o debido a su empleo por parte de un empleador;
- La lesión surgió de su participación voluntaria en una actividad recreativa, social o deportiva fuera de servicio que no constituye parte de sus deberes relacionados con el trabajo, excepto cuando estas actividades son expresamente requeridas por escrito por un Empleador (más que una invitación o solicitud de participación o asistir);
- La lesión surgió de un acto de Dios, a menos que su empleo por parte del empleador lo exponga a un mayor riesgo de lesión por un acto de Dios que el que generalmente se aplica al público en general.;

- La lesión surgió de su participación en un acto de terrorismo, cualquier acto o servicio ilegal en el ejército o en cualquier país o cualquier unidad civil no combatiente que sirva con dichas fuerzas;
- La supuesta lesión es fingida o un intento de defraudar a un empleador;
- La lesión se produjo, en todo o en parte, en relación con su intención o intencionalidad (a) de ignorar las políticas de empleo o las normas de seguridad de su empleador (incluidas, entre otras, las instrucciones expresas de un supervisor), o (b) fallo en obtener asistencia disponible para realizar una tarea, o (c) fallo en el uso de equipos o aparatos apropiados disponibles;
- La lesión surgió de un acto de guerra declarado o no declarado, invasión armada, agresión, acción policial, disturbios o disturbios civiles, huelgas, actos de enemigos extranjeros, guerra civil, motín, revolución, rebelión, insurrección, levantamiento militar o militar. poder usurpado, confiscación por orden de cualquier autoridad pública o gobierno *de jure* o *de facto*, ley marcial o cualquier acto de terrorismo;
- La lesión surgió de una explosión atómica u otra liberación de energía nuclear, ya sea en tiempos de paz o en tiempos de guerra, y ya sea intencional o accidental;
- La lesión surgió de su participación en la comisión, o intento de comisión, de cualquier delito (no necesita ser procesado o acusado de dicho delito);
- La lesión se relaciona o surge de cualquier tipo de discriminación, despido, coerción, crítica, degradación, reasignación, disciplina, difamación, acoso, humillación, acoso sexual o cualquier otra acción tomada por el Empleador por razones relacionadas con el empleo;
- La lesión se produjo mientras viajaba o volaba dentro o sobre (incluido subir o bajar, o subir o bajar) de cualquier vehículo utilizado para la navegación aérea si está:
 - volar en cualquier aeronave propulsado por cohete;
 - volar en un planeador o en un aeronave hecho por el hombre;
 - volar en cualquier aeronave utilizada para acrobacias aéreas, carreras o una prueba de resistencia, fumigación de cultivos, siembra, fertilización o fumigación, lucha contra incendios, exploración o patrullaje de tuberías o líneas eléctricas, persecución de animales o pájaros, fotografía aérea, remolque de pancartas o escritura en el cielo o cualquier prueba o uso experimental;
 - volar cuando se requiere un permiso especial o una exención de la autoridad correspondiente;
 - viajar como pasajero en cualquier avión no destinado o con licencia para el transporte de pasajeros;
 - realizar, aprender a realizar o instruir a otros para que se desempeñen como piloto o miembro de la tripulación de cualquier aeronave; o
 - viajar como pasajero en una aeronave propiedad, arrendada, alquilada u operada por la compañía.
- Su empleo no se encontraba principalmente en Texas;
- La lesión no ocurrió durante el curso y alcance del empleo;
- La lesión surge o viaja por usted para promover los asuntos o negocios de su Empleador si dicho viaje también promueve sus asuntos personales o privados, a menos que:
 - El viaje al lugar donde ocurrió la Lesión se habría realizado incluso si usted no hubiera tenido asuntos personales o privados para ser promovido por el viaje; y

- El viaje no se habría realizado si no hubiera habido asuntos o asuntos de su parte que pudieran ser impulsados;
- Cualquier lesión que ocurra mientras está en un receso de trabajo, a menos que (1) la lesión ocurra mientras esté en un receso de trabajo dentro de las instalaciones de su empleador, (2) dicho receso de trabajo fue autorizado por su supervisor, (3) está programado para regresar para trabajar ese mismo día después de dicho receso de trabajo, (4) no está obligado a salir de dicho receso de trabajo bajo las reglas de cronometraje de su Empleador, y (5) no ha salido del horario de trabajo.

La lista anterior no pretende limitar las lesiones que el Administrador o el Comité de reclamos pueden excluir dependiendo de los hechos y circunstancias particulares de cada lesión y las disposiciones y la intención del Plan de manera CORRECTA.

BENEFICIOS DE REEMPLAZO DE SALARIOS

COMPUTACION DE BENEFICIOS.

Si el Administrador de reclamos lo determina como Totalmente Incapacitado como resultado de la Lesión, entonces el Plan de manera CORRECTA comenzará a pagar los Beneficios de Reemplazo de Salario equivalentes a los Beneficios en el porcentaje establecido en el Acuerdo de Adopción de su Pago Previo a la Lesión; sin embargo: (a) dichos beneficios se reducirán según lo dispuesto y descrito a continuación, (b) dichos beneficios se reducirán según lo dispuesto y descrito en el Artículo VIII, (c) dichos beneficios no excederán el Monto máximo de beneficio de reemplazo de salario semanal establecido en el Acuerdo de adopción, y (d) dichos beneficios están sujetos al Período máximo de beneficio de reemplazo de salario semanal.

Si el médico aprobado tratante lo libera al deber modificado como resultado de una lesión, y regresa al trabajo y como resultado de las restricciones causadas por la lesión según lo establecido por el médico aprobado tratante (y no, de manera CORRECTA) El juicio del Administrador del plan, debido a su falta de esfuerzo, acciones u omisiones) gana menos que su Pago Previo a la Lesión, entonces el Plan de manera CORRECTA le pagará una suma igual a: (a) la cantidad que habría recibido bajo el Plan de manera CORRECTA si se determinó que estaba totalmente discapacitado menos (b) el mayor de (i) el monto de su

pago semanal que recibe del Empleador por su trabajo de Servicio Modificado, o (ii) el monto que hubiera recibido del Empleador usted regresó a trabajar y trabajó para el Empleador de conformidad con la autorización del Médico aprobado que lo trata; sin embargo, siempre que (a) dicha suma se reduzca según lo dispuesto y descrito a continuación; (b) dicha suma se reducirá según lo dispuesto y descrito en el Artículo VIII, y (c) dicha suma no excederá la Cantidad máxima de beneficio de reemplazo de salario semanal.

El "Período máximo de beneficio de reemplazo de salario semanal" es el período consecutivo establecido en el Acuerdo de adopción. Este Período máximo de beneficios médicos se calcula continuamente a partir de la fecha de la lesión, independientemente de si el Participante califica y / o se determina que está totalmente discapacitado o tiene derecho a recibir Beneficios de reemplazo salarial continuamente durante dicho Período máximo de beneficios médicos. o incurre en una lesión posterior o lesión no relacionada con el trabajo.

El Administrador de reclamos puede, a su sola discreción, que lo examine un Médico Aprobado o un Proveedor Aprobado en cualquier momento con el propósito o en relación con la Determinación de su "Deber Modificado" u otro estado laboral. Su negativa a asistir a dicho examen puede ser causa de que el Administrador de reclamos cancele los Beneficios de Reemplazo de Salarios a los que de otro modo podría tener derecho según este Plan.

Los beneficios de reemplazo salarial se calculan semanalmente y se pagan los días de pago regulares. Los pagos por porciones de una semana serán prorrateados. Solo se considerarán sus días de trabajo normales programados para calcular los beneficios.

CUANDO LOS BENEFICIOS DE REEMPLAZO DE SALARIO CESAN.

Los beneficios de reemplazo salarial continuarán hasta el más temprano de:

- El vencimiento del Período máximo de beneficio de reemplazo salarial;
- La fecha en que el Médico tratante aprobado lo libera para que vuelva a trabajar con su deber completo, sin importar si regresa a cualquier tipo de trabajo para el Empleador o cualquier otra persona en la fecha de dicha liberación;

- La fecha que el Administrador de reclamos determina, en base a los hallazgos de un médico o proveedor aprobado, puede regresar al trabajo, a tiempo completo;
- La fecha en que el administrador de reclamos determina que usted falló o se negó a asistir a un examen realizado por un médico o proveedor aprobado para fines o en relación con el administrador de reclamos que determina su "deber modificado" u otro estado laboral;
- La fecha en que se alcanza el límite combinado;
- Terminación de su estatus como Empleado y la terminación de cualquier otro empleo suyo con el Empleador; sin embargo, este párrafo no se aplicará si la terminación del empleo se debe a la eliminación de su puesto de trabajo;
- La fecha en que lo colocan en la cárcel, son deportados o detenidos por, o por solicitud de cualquier agencia gubernamental o gobierno extranjero, han abandonado el área local por un período prolongado de tiempo o no están disponibles para trabajar; siempre que, sin embargo, este párrafo opere para suspender los Beneficios de Reemplazo de Salarios solo por el período de tiempo que no esté disponible para trabajar;
- La fecha en que el administrador de reclamos determina que usted ha alcanzado la capacidad máxima de rehabilitación;
- La fecha en que el Administrador de Reclamos determina que usted es o no ha sido sincero en relación con una supuesta Lesión o un Reclamo de beneficios y / o no coopera completamente con el Administrador de reclamos (incluidos, entre otros, los requisitos para proporcionar información) y / o demostrar mala fe en relación con la administración del Plan de manera CORRECTA, incluidos, entre otros, procedimientos de subrogación o coordinación de beneficios;

- La fecha en que muere; o
- Según lo dispuesto en la sección CONTINUACIÓN DE BENEFICIOS a continuación.

“Capacidad máxima de rehabilitación "significa la fecha más temprana después de la cual, con base en una probabilidad médica razonable, ya no se puede anticipar razonablemente una recuperación material adicional o una mejora duradera de una lesión.

El Plan de manera CORRECTA puede finalizar los Beneficios de reemplazo salarial si el Médico tratante aprobado (a) lo libera para volver a trabajar con restricciones, (b) el Empleador le ofrece trabajo dentro de las restricciones establecidas por el Médico tratante aprobado, y (c) usted lo hace no volver a trabajar para el Empleador después de dicha liberación.

La capacidad del empleador para proporcionar un puesto de trabajo modificado mientras se encuentre bajo restricciones laborales determinadas por el médico aprobado no implica ni crea un puesto de trabajo modificado permanente para los fines de la Ley de Estadounidenses con Discapacidades.

OTRAS REDUCCIONES DE BENEFICIOS.

Los beneficios de reemplazo salarial generalmente se consideran ingresos imposables, y se retendrán todos los montos apropiados. Además, se pueden retener los montos legalmente embargados y se seguirán reteniendo las deducciones apropiadas del Pago Previo a la Lesión para artículos tales como contribuciones al plan de jubilación y primas de seguro, a menos que usted proporcione instrucciones en contrario. Reglas y procedimientos aplicables del programa. Además, consulte la sección "Compensación para otros beneficios" de este folleto.

“Incapacidad total” o “Totalmente discapacitado” significa una anomalía anatómica o fisiológica médicamente demostrable causada por una lesión, que comienza dentro de los seis meses a partir de la fecha de la lesión, y (a) hace que esté bajo el cuidado regular de un médico aprobado; (b) el médico aprobado determina que usted no puede realizar las tareas normales para las que estaba empleado; (c) hacer que no pueda participar en el deber modificado o cualquier otra ocupación por salario o ganancia; y (d) resultando en que el Administrador de Reclamos

tome la Determinación de que usted no puede realizar las tareas normales para las que estuvo empleado o no puede participar en el Servicio Modificado o cualquier otra ocupación por salario o ganancia; y, por lo tanto, está totalmente discapacitado o tiene una discapacidad total.

El “pago previo a la lesión” se define en el documento formal del plan y no incluye horas extras, propinas, bonos, comisiones, beneficios u otra compensación extraordinaria..

El "deber modificado" son aquellas funciones de su trabajo que puede realizar, teniendo en cuenta su lesión u otro trabajo para el que ha sido o puede ser entrenado y según lo dispuesto por el médico tratante aprobado..

BENEFICIOS MEDICOS

El Empleador se compromete a brindarle atención médica para ayudarlo a protegerse contra las dificultades financieras que puede causar una lesión cubierta. Sujeto a la gestión médica y otras disposiciones de este Plan, los servicios y suministros médicos están cubiertos al 100% sin copago, deducibles u otros gastos de bolsillo para usted, siempre que se cumplan todos los requisitos del Plan de manera CORRECTA. El servicio o suministro debe ser médicamente necesario, de acuerdo con la naturaleza de la Lesión, tal como se proporciona, y (1) curar o aliviar los efectos que naturalmente resultan de la Lesión; (2) promover la recuperación; o (3) de otro modo mejorar su capacidad de regresar o retener un empleo. Dichos servicios y suministros también están sujetos a otras disposiciones de administración médica del Plan de manera CORRECTA. La cobertura también requiere el cumplimiento de los siguientes requisitos:

PRIMER TRATAMIENTO CONTINUO.

El primer cargo cubierto debe incurrirse dentro de los 14 días posteriores a la fecha de su lesión (a menos que el administrador del plan de manera CORRECTA determine que existe una buena causa); y ningún monto adicional se considerará un Cargo cubierto si no recibe tratamiento médico de un Médico aprobado por un período de más de 60 días consecutivos.

“Cargo cubierto” significa el costo para el Empleado de un servicio o suministro descrito en este Plan, cuyo servicio o suministro es razonable y médicamente necesario, según la naturaleza de la lesión, según y cuando se proporcione, y (1) cura o alivia el efectos

naturalmente resultantes de la lesión; (2) promueve la recuperación o mejora la capacidad del Empleado para regresar o retener un empleo. Dichos servicios y suministros también están sujetos a las disposiciones de gestión médica del Plan de manera CORRECTA. Dichos servicios y suministros también están sujetos a otras disposiciones de administración médica del Plan De manera CORRECTA. A los fines de este Plan, las palabras "servicio" o "suministro" incluyen, entre otros, cualquier tratamiento, medicamento, técnica o método relacionado.

PROVEEDOR APROBADO Y

REQUISITOS DE AUTORIZACIÓN PREVIA.

El costo de un servicio o suministro médico será un cargo cubierto solo si:

- **El tratamiento es preaprobado por el Administrador de Reclamos y proporcionado por o bajo la dirección de un Médico, Proveedor Aprobado o Instalación Aprobada, actuando dentro del alcance de la licencia de Médico Aprobado, Proveedor Aprobado o Instalación Aprobada. **Dicha aprobación previa puede incluir la autorización para múltiples visitas a un médico aprobado o instalación aprobada, y puede ser verbal, por escrito o mediante notificación electrónica; Sin embargo, algunos servicios o suministros requieren la aprobación específica del Administrador de reclamos por escrito o mediante notificación electrónica, como se describe a continuación.** El Administrador de reclamos no negará un reclamo por no obtener una aprobación previa en circunstancias que harían imposible obtener dicha aprobación previa o donde la aplicación del proceso de aprobación previa pudiera poner en grave peligro su vida o salud: siempre, sin embargo, esta excepción a la aprobación previa El requisito no cambia el requisito de que la atención sea brindada por o bajo la dirección de un médico o centro aprobado; **o****
- **El tratamiento se brinda como Atención de emergencia y (1) un médico o centro aprobado no se encuentra a una distancia razonable de su ubicación (teniendo en cuenta el transporte disponible y la naturaleza de la lesión); (2) el Administrador de reclamos recibe una notificación de dicha Atención de emergencia dentro de las 24 horas posteriores a la recepción**

de dicha atención o el siguiente día hábil; y (3) después de recibir atención primaria de emergencia, los tratamientos posteriores son proporcionados por un médico aprobado o un centro aprobado de acuerdo con el plan de manera CORRECTA.

"Atención de emergencia" significa un servicio o suministro proporcionado con respecto a una afección médica que se manifiesta por un inicio repentino e inesperado de síntomas agudos de gravedad suficiente que, en ausencia de atención médica inmediata, podría esperarse razonablemente que (1) muerte, desfiguración o discapacidad permanente, o (2) resulta en un deterioro sustancial de cualquier órgano, dolor o función corporal. Esta determinación de Atención de Emergencia se relaciona únicamente con la satisfacción de los requisitos de proveedores médicos aprobados por el Plan de manera CORRECTA y la excepción anterior para Emergencias Atención: los "reclamos de atención urgente" (como se describe en los procedimientos de reclamos de este folleto) pueden no llegar al nivel de atención de emergencia.

Cualquier decisión suya de buscar tratamiento en una clínica de atención urgente o en la sala de emergencias de un hospital no implica necesariamente la atención de emergencia. Esa determinación se tomará dentro de la única discreción administrativa del Administrador o Comité de reclamos, con el asesoramiento y la consulta de un Médico Aprobado según lo considere apropiado el Administrador o el Comité de reclamos. Si obtiene tratamiento de un proveedor de atención médica no aprobado y el Administrador de reclamos o el Comité determina que su situación no ha cumplido con todos los requisitos anteriores, su reclamo de beneficios será denegado. Por esta razón, le recomendamos encarecidamente que siempre busque la aprobación para el tratamiento del Administrador de reclamos, incluso cuando necesite atención de emergencia.

MÉDICO CUBIERTO.

Sujeto a las restricciones y limitaciones establecidas en otra parte de este Plan, los Cargos cubiertos incluirán el costo de lo siguiente:

- Visitas al médico aprobado: en un centro aprobado (incluidos los cargos por una sala de operaciones o emergencias), el consultorio del médico aprobado o, en el caso de atención médica a domicilio, en su hogar, incluidos los servicios de segunda opinión solicitados por el administrador de reclamos de acuerdo con el Plan de manera CORRECTA, y los cargos por una enfermera registrada;
- Servicios médicos proporcionados por un proveedor aprobado con la aprobación del administrador del plan de manera CORRECTA a un empleado para el tratamiento de una lesión;
- Suministros médicos aprobados por el médico aprobado tratante o un proveedor aprobado, incluidos los siguientes:
 - Medicamentos recetados (genéricos, a menos que los medicamentos de nombre comercial sean solicitados por un médico aprobado) y medicamentos de venta libre, como analgésicos recetados por un médico aprobado;
 - Sangre y otros fluidos (que no sean alergias, insulina y medicamentos similares) inyectados en el sistema circulatorio (pero solo en la medida en que no estén disponibles a través de un reembolso o asignación por parte de un banco de sangre u organización similar);
 - Oxígeno y su administración;
 - Siguiendo el consejo o la receta por escrito de un médico aprobado y solo si se obtiene de una instalación aprobada, el alquiler o la compra de una silla de ruedas, un aparato de respiración asistida u otro equipo mecánico necesario para el tratamiento de la parálisis respiratoria y un equipo médico duradero interno o externo similar diseñado principalmente para fines terapéuticos;
 - Vendajes quirúrgicos, vendajes, férulas, yesos, muletas, jeringas, agujas, trusses y aparatos ortopédicos dispensados por un médico o centro aprobado.; y

- Otros artículos aprobados por el Administrador de reclamos;
- Servicios y suministros para pacientes ambulatorios, que incluyen cirugía ambulatoria de día, exámenes de rayos X, pruebas de laboratorio, servicios de diagnóstico y medicina nuclear.;
- Anestesia y su administración;
- Radiología y patología, incluidos los servicios de interpretación de un médico aprobado.;
- Servicios de ambulancia: servicio profesional de ambulancia terrestre, o si ningún otro medio de transporte puede ser razonablemente suficiente para entregar al Empleado a la Instalación aprobada más cercana, ambulancia aérea, ferrocarril regularmente programado o aerolíneas;
- Anteojos o lentes de contacto: un par por lesión hasta \$ 250, incluidos los cargos de visitas al consultorio profesional, pero excluyendo los exámenes oculares de rutina; y
- Audífono externo de hasta \$ 600 por oído, incluidos los cargos por visitas profesionales.

MÉDICO QUE REQUIERE APROBACIÓN ESPECÍFICA POR ESCRITO O POR AVISO ELECTRÓNICO.

Sujeto a las restricciones y limitaciones establecidas en otra parte de este Plan, los Cargos cubiertos también incluirán el costo de lo siguiente siempre que el Administrador de reclamos apruebe específicamente dichos cargos por adelantado y por escrito o mediante notificación electrónica:

- Admisión a una instalación aprobada (que incluye habitación y pensión semiprivada), que incluye resonancia magnética, tomografía computarizada y otras pruebas similares;
- Terapia ocupacional y física proporcionada por un médico aprobado o un terapeuta ocupacional o fisioterapeuta con licencia; sin embargo, dichos servicios estarán sujetos a la aprobación de la administración de casos con respecto al número

de visitas, los tipos y la cantidad de servicios proporcionados durante dicha visita;

- Servicios de rehabilitación para pacientes hospitalizados prestados en un hospital de rehabilitación médica: sin embargo, dichos servicios estarán sujetos a una revisión continua de la estadía por parte del Administrador de reclamos y la aprobación de la administración de casos con respecto a los tipos y la cantidad de servicios brindados;
- Cirugía que restablece un funcionamiento razonable y normal previo a la lesión;
- Servicios de un dentista o cirujanos orales con licencia: servicios para el tratamiento y reparación de dientes rotos, fracturas y dislocaciones de la mandíbula, o el reemplazo de dientes sanos y naturales (excluyendo los servicios de disfunción de la unión temporomandibular) cuando busca tratamiento tan pronto como sea posible después del Lesión;
- Atención médica domiciliaria (solo con respecto a las necesidades físicas) hasta 75 visitas por año del plan y hasta ocho horas por visita durante las primeras dos semanas de atención médica domiciliaria y hasta cuatro horas por visita a partir de entonces;
- Atención de enfermería especializada, siempre que un médico aprobado supervise su progreso al menos una vez durante cada período de confinamiento de 30 días.;
- Ortesis, soportes para el arco, zapatos correctivos, sostenes o fajas especiales, aparatos correctivos, prótesis o cualquier artículo similar;
- Servicios de trasplante de órganos y tejidos que de otro modo no están cubiertos por algún tipo de programa de pago de gastos, excluyendo los costos de transporte del donante, los costos de obtención de órganos y los gastos quirúrgicos del donante.;
- Cargos por consultas telefónicas con usted, su familia, médicos aprobados u otros proveedores de atención médica:

- Servicios de salud mental (en la medida en que no estén cubiertos por el Programa de Asistencia al Empleado del Empleador), pero solo cuando dichos servicios se brinden por daños mentales o emocionales o daños resultantes de que usted sea víctima o testigo. un evento traumático que ocurra durante su Curso y Alcance del Empleo: y siempre. el costo de dichos servicios no excederá los \$ 500, y esta cobertura se aplica únicamente a la cobertura de Beneficios médicos y no dará lugar a ningún pago de Beneficios de reemplazo salarial u otros beneficios bajo este Plan;
- Servicios prestados principalmente para capacitación, evaluación, evaluación, asesoramiento o fines educativos; y
- Gastos razonables de viaje, comida y alojamiento relacionados con el tratamiento médico que requiere viajar a más de 20 millas de su residencia (solo ida), según lo interpretado por el Administrador de reclamos para la aplicación de este Plan y aprobado por el Médico Aprobado asistente. El millaje se reembolsará a la tasa de "fines médicos" identificada por el Servicio de Impuestos Internos, que se actualiza periódicamente.

MÉDICO NO CUBIERTO.

Cualquier disposición de este Plan en sentido contrario a pesar de los Cargos cubiertos no incluirá el costo de lo siguiente:

- Cargos incurridos antes de su fecha de participación en el Plan de manera CORRECTA, o antes de su fecha de lesión;
 - Cargos prestados después de que finalicen los beneficios médicos del participante bajo el Plan de manera CORRECTA;
 - Gastos que no son médicamente necesarios, según lo determine el administrador de reclamos;
 - Cargos incurridos más de 60 días consecutivos después de la fecha del último Cargo cubierto del participante (a menos que el Administrador de reclamos haya aprobado el tratamiento programado con un Médico aprobado. Proveedor aprobado o Centro aprobado o
- excepto que se especifique lo contrario en este documento);
 - Gastos que exceden cualquier lista de tarifas adoptada por el Administrador de reclamos o el cargo habitual y habitual por el mismo tratamiento, servicios o suministros similares o similares en el área geográfica del empleador;
 - Servicios o suministros proporcionados por cualquier persona o entidad que no sea un médico aprobado, proveedor aprobado o instalación aprobada, excepto en caso de atención de emergencia;
 - Servicios o suministros pagaderos por cualquier gobierno o subdivisión o agencia de los mismos, o cualquier otro tercero pagador aplicable;
 - Servicios o suministros que son experimentales, de investigación o para fines de investigación, incluidos, entre otros, servicios y suministros que no han sido aprobados por la Asociación Médica Estadounidense, la Administración Federal de Medicamentos, la sociedad de especialidad médica apropiada o el agencia gubernamental apropiada, todas las fases de los ensayos clínicos, todos los protocolos de tratamiento basados o similares a los utilizados en los ensayos clínicos, o cualquier tratamiento generalmente no aceptado por la profesión del médico en los Estados Unidos como seguro y efectivo para el diagnóstico y el tratamiento;
 - Servicios o suministros realizados o proporcionados mientras no esté cubierto por el Plan de manera CORRECTA;
 - Servicios o suministros por los cuales no está legalmente obligado a pagar o por los cuales no se realizarían cargos en ausencia del Plan de manera CORRECTA;
 - Servicios para la evaluación o tratamiento de daños o daños mentales o psicológicos, excepto en la medida en que se proporcionan anteriormente;
 - Servicios o suministros para la comodidad o conveniencia personal, como una habitación privada, televisión, teléfono, radio, bandejas para invitados y artículos similares;

- Reclamos fraudulentos o reclamos no presentados de buena fe según lo determine el administrador de reclamos;
- Cargos por citas canceladas;
- Servicios autoadministrados;
- Servicios o suministros a los que su afección no responde constantemente;
- Servicios o suministros relacionados con condiciones preexistentes, excepto en la medida limitada (si corresponde) un médico aprobado confirma claramente un agravamiento identificable y significativo (incurrido en el curso y alcance del empleo) de una condición preexistente; sin embargo proporcionado:
 - la cobertura para tal agravamiento se proporcionará solo si y en la medida en que el Médico aprobado:
 - confirma que la condición preexistente ha sido reparada o rehabilitada previamente, y
 - prescribe servicios o suministros médicamente necesarios para tratar dicho agravamiento y es probable que lo devuelva al estado previo a la lesión; y
 - no se proporcionará cobertura si la condición preexistente fue una de las principales causas de la lesión;
- Servicios quiroprácticos o de manipulación espinal.;
- La acupuntura, la modificación del comportamiento, el manejo del dolor, la hipnosis, la biorretroalimentación o cualquier servicio o suministro auxiliar a cualquiera de estos;
- Servicios de abuso de sustancias.;
- Cuidado de custodia;
- Cargos por la compra, alquiler o reparación de ropa de cama o dispositivos de control ambiental, que incluyen, entre otros, un aire acondicionado, humidificador, deshumidificador o purificador de

aire; y cargos por jacuzzis, spas, saunas, camionetas o cambios estructurales en su residencia o gastos de mudanza;

- Cargos por servicios realizados por:
 - una persona que normalmente vive contigo;
 - su cónyuge;
 - su padre o un padre de su cónyuge;
 - un hijo suyo o de su cónyuge; o
 - su hermano o hermana o el hermano o hermana de su cónyuge; o
- El costo de cualquier otro servicio o suministro no especificado como un Cargo cubierto.

TRATAMIENTO INICIAL Y NEGACIÓN.

Sin embargo, cualquier disposición de este Plan, por el contrario, el Empleador puede prestar primeros auxilios, o el Plan de manera CORRECTA puede pagar la Atención de Emergencia, o el Plan de manera CORRECTA puede pagar los Beneficios de reemplazo de salario o pagar su evaluación médica o tratamiento, y el Plan de manera CORRECTA aún puede hacer una determinación posterior de que no ha sufrido una Lesión cubierta, no tiene derecho a los beneficios del Plan, o de lo contrario niega cualquiera o todos los beneficios adicionales según las disposiciones de este Plan.

REFERENCIAS DE PROVEEDORES MÉDICOS.

Si el médico aprobado tratante considera necesario remitirlo a otro proveedor de atención médica, el médico aprobado tratante debe notificarle a usted y al administrador de reclamos su deseo de hacer la referencia y los objetivos de dicha referencia. El Administrador de reclamos proporcionará aprobación o desaprobación anticipada de todas las referencias (y puede rescindir dicha aprobación en cualquier momento) en función de los criterios que el Administrador de reclamos pueda determinar para la administración efectiva del Plan de manera CORRECTA. **Es su responsabilidad determinar el estado de dicha aprobación o desaprobación, y el gasto de los servicios o suministros relacionados con cualquier derivación rechazada será de su exclusiva responsabilidad..**

SIN INTERFERENCIA CON RELACIÓN PACIENTE-PROVEEDOR.

Si bien los beneficios de este Plan están condicionados al uso de solo Médicos y Centros Aprobados, usted tiene derecho a buscar cualquier atención médica que considere apropiada de cualquier proveedor de su elección a su propio costo.. **Solo necesita saber que tales gastos médicos no serán pagaderos bajo este Plan y tal acción puede resultar en una negación completa de todos los beneficios, u otra terminación de su beneficio, bajo este Plan.** El Empleador, el Administrador de Reclamos, el Comité, y sus agentes y delegados, no tendrán ninguna responsabilidad por los servicios médicos u otros servicios de atención médica reales prestados por cualquier Médico Aprobado, Centro Aprobado u otro proveedor de servicios de salud designado. Los proveedores de atención médica no son agentes del Plan de manera CORRECTA, el Empleador, el Administrador de Reclamos o el Comité, y no son responsables de los actos u omisiones de ningún proveedor de atención médica. El tratamiento médico real o la rehabilitación de cualquier lesión sigue siendo prerrogativa y responsabilidad exclusiva del médico aprobado que lo atiende y otros proveedores de atención médica, según su criterio independiente para la prestación de atención médica.

SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA.

El Plan de manera CORRECTA se reserva el derecho de solicitar una segunda opinión médica de un Médico Aprobado seleccionado por el Administrador de reclamos para obtener un Examen Médico Independiente ("IME") o por cualquier otro motivo relacionado con el pago de cualquier beneficio bajo el Plan de manera CORRECTA. Si se niega a ser examinado por un Médico Aprobado seleccionado por el Administrador de reclamos, todos los beneficios del Plan de manera CORRECTA pueden suspenderse.

TIEMPO PARA SOLICITAR PAGO O REEMBOLSO.

Los gastos médicos serán pagados por el Empleador directamente al proveedor de atención médica. Sin embargo, si se le requiere pagar un cargo cubierto de otra manera, toda solicitud de reembolso de los Cargos cubiertos debe presentarse ante el Administrador o su representante designado dentro de los 30 días a partir de la fecha en que se incurren dichos gastos o, si es tarde, la fecha en que usted recibir una factura por dichos gastos.

**USO Y DIVULGACIÓN
DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA.**
Ver Apéndice A adjunto al presente.

CUANDO CESARÁN LOS BENEFICIOS MÉDICOS.

Los beneficios médicos cesarán a la brevedad de:

- Vencimiento del Período Máximo de Beneficios Médicos;
- Alcanzar el monto máximo de beneficio médico establecido en el Acuerdo de adopción;
- Alcanzar los límites combinados especificados en el Acuerdo de adopción;
- Terminación involuntaria de su empleo con un empleador por mala conducta grave;
- La fecha en que el administrador de reclamos determina que usted ha alcanzado la capacidad máxima de rehabilitación;
- Su incumplimiento de los requisitos especificados en la Sección de BENEFICIOS CONTINUOS de este folleto;
- La fecha en que el Administrador de reclamos determina que usted es o no ha sido sincero en relación con una supuesta Lesión o una Reclamación de Beneficios y / o no coopera completamente con el Administrador de reclamos (incluidos, entre otros, los requisitos para proporcionar información) y / o demostrar mala fe en relación con la administración del Plan de manera CORRECTA, incluidos, entre otros, los procedimientos de subrogación o coordinación de beneficios; o
- Como se estipula lo contrario en este documento.

El "Período máximo de beneficios médicos" es el período consecutivo establecido en el Acuerdo de adopción. Este Período máximo de beneficios médicos se calcula continuamente a partir de la fecha de la lesión, independientemente de si el Participante califica y / o se determina que está Totalmente discapacitado o tiene derecho a recibir Beneficios de reemplazo salarial continuamente durante dicho Período máximo de beneficios médicos. o incurre en una lesión posterior o lesión no relacionada con el trabajo.

**ENTREGAR UN RECLAMO POR
BENEFICIOS**

AVISO DE LESIÓN.

Usted (o una persona que actúe en su nombre) debe informar verbalmente de inmediato a su supervisor y luego en servicio todos los incidentes o hechos que crea que resultan en una Lesión, sin importar cuán leve parezca ser la Lesión.

El informe verbal de la lesión debe ser proporcionado por el más temprano de:

- En el momento de la lesión, si es posible;
- Antes del final del turno de trabajo si es posible;
- Dentro de las 24 horas posteriores a la lesión, si es posible, o
- O en cualquier otro momento que el Administrador de Reclamos determine que es razonable bajo las circunstancias.

A pesar de cualquier disposición en el Plan de manera CORRECTA en sentido contrario, no se pagarán beneficios bajo este Plan a menos que usted proporcione un aviso de Lesión como se describe anteriormente a más tardar 12 meses a partir de la fecha de la Lesión.

INFORME DE ACCIDENTE DE EMPLEADO.

También debe completar, firmar y fechar un informe escrito de accidentes de empleados y entregarlo personalmente a su supervisor lo antes posible:

- Si es posible, en el momento en que debe informar verbalmente la lesión a su supervisor;
- Si es posible, antes del final del turno de trabajo;
- Si es posible, dentro de las 24 horas posteriores a la lesión, o
- En cualquier otro momento que el Administrador de reclamos pueda determinar que es razonable bajo las circunstancias.

INFORMES RÁPIDOS Y PRECISOS.

La notificación rápida y precisa de los incidentes que conducen a una lesión es esencial para una evaluación justa de los derechos y la cantidad de beneficios que puede ser elegible para recibir.

PROPORCIONAR INFORMACIÓN Y COOPERAR CON EL ADMINISTRADOR DE RECLAMOS.

Debe cooperar plenamente con el Administrador de reclamos en relación con la investigación del Accidente y / o las lesiones que sufrió en el Accidente, incluidos, entre otros:

- proporcionar cualquier declaración grabada o escrita (jurada o no jurada);
- proporcionando el nombre de todos los testigos del accidente;
- proporcionar cualquier información sobre la (s) causa (s) del Accidente;
- proporcionar formularios de autorización completos y ejecutados;
- proporcionar fotografías o videos tomados de:
 - la escena del accidente,
 - sobre el accidente y / o
 - sus heridas; y
- proporcionar cualquier otra prueba o documentación de tal manera y dentro de los períodos que el Administrador de reclamos pueda de vez en cuando.

Debe comunicarse y cooperar con el Administrador de reclamos de manera continua, siempre y cuando reciba los beneficios del Plan de manera CORRECTA. Su falta de cooperación con el Empleador o el Administrador de reclamos, según se estipula en el presente documento, puede dar como resultado -pago o terminación de beneficios bajo el Plan de manera CORRECTA.

PRESENTACIÓN DE RECLAMOS DETALLADOS Y PROCEDIMIENTOS DE APELACIÓN

PRESENTAR UNA RECLAMACIÓN DE BENEFICIOS.

Usted iniciará un reclamo de Beneficios médicos o Beneficios de reemplazo de salario bajo el Plan de manera CORRECTA al cumplir con los requisitos que se encuentran en este folleto.

¿QUÉ ES UN RECLAMO?

Cada (1) servicio o suministro médico para el que se solicita el pago, o (2) Beneficio de reemplazo salarial para un período de nómina particular es un "reclamo"

de beneficios, y cada uno se considerará un "reclamo" separado de beneficios sujeto a una determinación bajo el plan de la manera correcta. El pago del Plan de manera CORRECTA de un reclamo en particular (por ejemplo, el pago de una evaluación médica inicial, incluso en un reclamo que puede haber sido reportado tarde) no renuncia ni perjudica el derecho del Administrador de reclamos o del Comité de negar otro reclamo en particular o todo futuras reclamos de beneficios bajo el Plan de manera CORRECTA. Cualquier falla por parte del Administrador de reclamos o del Comité para aplicar cualquier disposición de este Plan a una situación particular no representará una renuncia a la autoridad del Administrador de reclamos o del Comité para aplicar dichas disposiciones a partir de entonces.

¿QUIÉN ES UN RECLAMANTE?

Usted, su representante autorizado, un Beneficiario o un proveedor médico o un proveedor médico que solicita el pago de un servicio, bien o suministro que se le proporcionó para el tratamiento de una Lesión puede ser un "Reclamante" y puede presentar un reclamo de beneficios bajo el Plan de manera CORRECTA, además de apelar una determinación adversa de beneficios. El Plan De manera CORRECTA tendrá derecho a establecer procedimientos razonables para determinar si un individuo ha sido autorizado para actuar en su nombre y en qué medida. Sin embargo, con respecto a un reclamo de atención de urgencia, un médico u otro proveedor de atención médica autorizado, acreditado y certificado para realizar servicios de salud específicos de conformidad con la ley estatal y con conocimiento de su condición médica podrá actuar como su representante autorizado.

INFORMACIÓN A ENVIAR.

Las reclamos deben incluir la información requerida por la sección ENTREGAR UN RECLAMO POR BENEFICIOS anterior y cualquier otra información razonable solicitada por el Administrador de reclamos, como registros médicos o una declaración escrita de un proveedor de servicios independiente que acredite la fecha, el tipo de servicios prestados y el costo total de tales servicios. Además, el Administrador de reclamos puede exigirle que proporcione una declaración escrita y firmada que proporcione que los montos solicitados para el pago bajo este Plan no han sido reembolsados o no son reembolsables en ningún otro plan o programa. Además, el Administrador de reclamos también puede solicitarle que presente todas las reclamos y

solicitudes de pago correspondientes de cualquier otro plan o programa mantenido por usted antes de realizar cualquier pago bajo este Plan. Consulte la sección **DESPLAZAMIENTO, REEMBOLSO Y RECUPERACIÓN DE BENEFICIOS** de este folleto.

PRESENTACIÓN DE CUENTAS MÉDICAS PARA PAGO. Se solicitará a los Proveedores Aprobados que facturen todos los cargos relacionados con la atención médica directamente al Administrador de reclamos (o al Empleador, que transmitirá inmediatamente dicha factura al Administrador de reclamos). Sin embargo, en el caso de que reciba dicha factura o pague dicho cargo, debe presentar todas las solicitudes de pago o reembolso de los Cargos cubiertos al Administrador de reclamos dentro de los 30 días a partir de la fecha en que se incurren dichos gastos o, si es posterior, la fecha en que recibir una factura de un proveedor aprobado u otro proveedor de atención médica (en el caso de atención de emergencia) por dichos gastos que no excedan el período máximo de beneficios médicos.

PRESENTACIONES DE RECLAMOS INCOMPLETOS.

Si un reclamo, como se presentó originalmente, no está completo, el Administrador de reclamos le notificará de la manera descrita a continuación, y usted tendrá la responsabilidad de proporcionar la información que falta. Si el período de tiempo para un reclamo en particular se extiende de acuerdo con las disposiciones aplicables del Plan de manera CORRECTA debido a que no presentó la información necesaria para decidir un reclamo, el período para tomar la determinación de beneficios se suspenderá a partir de la fecha en que se le envía la notificación de la extensión hasta la fecha en que el Administrador de reclamos recibe su respuesta a la solicitud de información adicional que no exceda el Período máximo de beneficios médicos.

PROCEDIMIENTOS DE REVISIÓN DE RECLAMOS

AVISO DE DETERMINACIÓN INICIAL DE BENEFICIOS.

El Administrador de reclamos le notificará su determinación inicial de beneficios de la siguiente manera:

- **Atención de urgencia, reclamos médicos previos al servicio.** En el caso de un reclamo previo al servicio de Beneficios médicos que es

un Reclamo de atención urgente, el Administrador de reclamos le notificará de la determinación inicial del Plan de manera CORRECTA (ya sea adverso o no) lo antes posible, teniendo en cuenta las exigencias médicas del particular reclamo, pero a más tardar 72 horas después de recibir el reclamo. Sin embargo, si (1) no sigue los procedimientos del Plan de manera CORRECTA para presentar un Reclamo de atención de urgencia, o (2) no proporciona información suficiente para determinar si los beneficios están cubiertos o son pagaderos según el Plan de manera CORRECTA, o en qué medida. Planifique un reclamo de atención urgente, luego:

- El Administrador de reclamos le notificará lo antes posible, pero a más tardar 24 horas después de recibir el reclamo, el procedimiento a seguir o la información específica necesaria para completar el reclamo. Este requisito de notificación solo se aplicará en la medida en que dicha falla sea una comunicación suya y recibida por el Administrador de reclamos, y la comunicación lo nombre a usted, una afección o síntoma médico específico, y un tratamiento, servicio o producto específico para el que se solicita aprobación;
 - Entonces se le dará un tiempo razonable, considerando las circunstancias, pero no menos de 48 horas, para corregir dicha falla;
 - El Administrador de reclamos le notificará de la determinación inicial de beneficios del Plan de manera CORRECTA lo antes posible, pero a más tardar 48 horas después de (i) la recepción por parte del Administrador de reclamos de la información especificada necesaria para completar la reclamación, o (ii) el final del período de tiempo que se le proporcionó para proporcionar dicha información.
- **Decisiones concurrentes de atención médica.**
Si el Administrador de reclamos ha aprobado un curso continuo de tratamiento médico que se proporcionará durante un período de tiempo

o número de tratamientos que no excedan el Período máximo de beneficios médicos:

- El Administrador de reclamos le notificará de cualquier reducción o terminación por parte del Plan de manera CORRECTA de dicho curso de tratamiento. Dicha reducción o terminación se considerará una Determinación adversa de beneficios y el Administrador de reclamos le notificará con suficiente antelación de la reducción o terminación para permitirle apelar y obtener una determinación de beneficios en la revisión antes de que el curso del tratamiento se reduzca o termine realmente.
- Cualquier solicitud que usted extienda el curso del tratamiento más allá del período de tiempo prescrito o la cantidad de tratamientos previamente aprobados por el Plan de manera CORRECTA que es un Reclamo de atención urgente se decidirá lo antes posible, teniendo en cuenta las exigencias médicas del reclamo. El Administrador de Reclamos tomará una determinación de beneficios inicial, ya sea adversa o no, dentro de las 24 horas posteriores a la recepción de la reclamación, siempre que dicha reclamación se realice al menos 24 horas antes de la expiración del período de tiempo prescrito o la cantidad de tratamientos. Si dicha reclamación no se realiza dentro de dicho período de 24 horas, la solicitud se tratará como un Reclamo de atención urgente y se decidirá dentro de los plazos normales de la Reclamación de atención urgente (en otras palabras, lo antes posible, teniendo en cuenta las exigencias médicas de la reclamación, pero a más tardar 72 horas después de la recepción).
- Cualquier solicitud que usted haga para extender el curso del tratamiento más allá del período de tiempo prescrito o la cantidad de tratamientos previamente aprobados por el Plan de manera CORRECTA que no sea un Reclamo de atención de urgencia se tratará como un nuevo reclamo de beneficios y se

decidirá dentro del plazo apropiado para el tipo de reclamo (es decir, como un reclamo previo al servicio o un reclamo posterior al servicio).

- La notificación de cualquier determinación adversa de beneficios con respecto a una solicitud para extender el curso del tratamiento, ya sea que implique un reclamo de atención urgente o no, se realizará de acuerdo con las disposiciones de esta sección del folleto.

- **Atención no urgente, reclamos médicos previos al servicio.** En el caso de un reclamo previa al servicio de Beneficios médicos que no sea un reclamo de atención urgente, el Administrador de reclamos le notificará la determinación de beneficios del Plan de manera CORRECTA (ya sea adverso o no) dentro de un período de tiempo razonable apropiado a las circunstancias médicas, pero a más tardar 15 días después de recibir el reclamo. El Administrador de reclamos puede extender este período hasta 15 días adicionales si determina, debido a asuntos que están fuera del control del Plan de manera CORRECTA, una determinación de beneficios inicial no se puede hacer dentro del primer período de 15 días y le notifica sobre el especial circunstancias que requieren la extensión y la fecha en la cual el Plan de manera CORRECTA espera tomar una decisión. Sin embargo, si (1) no sigue los procedimientos del Plan de manera CORRECTA para presentar una atención no urgente, un Reclamo previo al servicio o (2) no proporciona información suficiente para determinar si los beneficios están cubiertos o en qué medida o pagadero bajo el Plan de manera CORRECTA en un reclamo previo al servicio que no es un reclamo de atención urgente, entonces:

- El Administrador de reclamos le notificará lo antes posible, pero a más tardar 5 días después de recibir el reclamo, el procedimiento a seguir o la información específica necesaria para completar el reclamo. Este requisito de notificación solo se aplicará en la medida en que dicha falla sea una comunicación suya y sea recibida por el Administrador de reclamos, y la comunicación lo nombre a usted, una afección o síntoma

médico específico, y un tratamiento, servicio o producto específico para el que se solicita aprobación.

- entonces se le dará al menos 45 días para corregir dicha falla;
- Luego, el Administrador de reclamos le notificará la determinación inicial de beneficios del Plan de manera CORRECTA dentro del plazo de 15 días (o, si se extiende, hasta 30 días) establecido anteriormente.

- **Beneficios médicos posteriores al servicio y reclamos de beneficios de reemplazo salarial.** En el caso de un Reclamo posterior al servicio por beneficios médicos o un reclamo por Beneficios de reemplazo salarial, el Administrador de reclamos le notificará la determinación de beneficios del Plan de manera CORRECTA (ya sea adverso o no) dentro de los 30 días posteriores a la recepción del reclamo. El Administrador de reclamos puede extender este período hasta 15 días adicionales si el Administrador de reclamos determina que una extensión es necesaria debido a asuntos que están fuera del control del Plan de manera CORRECTA. Se le debe enviar un aviso de dicha extensión antes de la expiración del período inicial de 30 días y establecer (1) las circunstancias especiales que requieren la extensión y (2) la fecha en que el Plan de manera CORRECTA espera tomar una decisión. Si la extensión se relaciona con un reclamo de Beneficios de reemplazo salarial, dicho aviso también indicará (1) los estándares en los que se basa el derecho a los beneficios, y (2) problemas no resueltos que impiden una determinación de beneficios en el reclamo y qué información adicional se necesita para resolver esos problemas. Si se solicita información adicional con el aviso de extensión, tendrá 45 días a partir de la fecha del aviso de extensión para proporcionar la información especificada.

MANERA Y CONTENIDO DE UN

DETERMINACIONES ADVERSAS DE BENEFICIOS.

Una "Determinación adversa de beneficios" es una denegación, reducción, modificación o terminación de, o una falla en proporcionar o hacer el pago total o parcial de un beneficio del Plan.

Si la determinación inicial de beneficios es una Determinación adversa de beneficios, el Administrador de reclamos le enviará una notificación escrita o electrónica que cumpla con los siguientes requisitos:

- Cualquier aviso electrónico deberá cumplir con las regulaciones ERISA que especifican los estándares para la divulgación electrónica de la información del plan de beneficios;
- La notificación se redactará de una manera calculada para que usted la entienda;
- El aviso deberá establecer la razón o razones específicas para la determinación adversa de beneficios, haciendo referencia a las disposiciones específicas del plan en las que se basa la determinación adversa de beneficios;
- Si se hizo referencia a una regla interna, pauta, protocolo u otro criterio similar para hacer una Determinación adversa de beneficios en un reclamo de Beneficios médicos o Beneficios de reemplazo de salario, el aviso deberá indicar que dicha regla, pauta, protocolo u otro criterio similar se basó en hacer la determinación adversa de beneficios y una copia de la misma se le proporcionará de forma gratuita si lo solicita;
- Si la Determinación adversa de beneficios se basa en la necesidad médica, un tratamiento experimental o un límite o exclusión similar, el aviso proporcionará una explicación del juicio científico o clínico para la Determinación adversa de beneficios, aplicando los términos del Plan de manera CORRECTA a su médico circunstancias, o una declaración de dicha explicación se le proporcionará previa solicitud y de forma gratuita;
- Si la Determinación adversa de beneficios no está de acuerdo con los puntos de vista de cualquier profesional de atención médica que lo trató o de los profesionales vocacionales que evaluaron el reclamo, y usted presenta esos puntos de vista al Plan de manera CORRECTA, la denegación proporcionará una base detallada para tal desacuerdo;
- Si la Determinación adversa de beneficios no está de acuerdo con las opiniones de los expertos médicos o profesionales cuyo asesoramiento se obtuvo en nombre del Plan de manera CORRECTA en relación con su denegación, independientemente de si el asesoramiento se basó en la determinación de beneficios, la denegación será proporcionar una base detallada para tal desacuerdo;
- Si la determinación adversa de beneficios no está de acuerdo con los puntos de vista con respecto a cualquier determinación de discapacidad hecha por la Administración del Seguro Social, la denegación proporcionará una base detallada para tal desacuerdo;
- Una declaración que tiene derecho a recibir, previa solicitud y sin cargo, acceso razonable y copias de todos los documentos, registros y otra información relevante a su reclamo de beneficios;
- Una declaración a la que tiene derecho a cualquier declaración de política u orientación con respecto al Plan de manera CORRECTA en relación con el tratamiento, la opción o el beneficio denegado para su diagnóstico sin tener en cuenta si dicho asesoramiento o declaración se basó en la determinación del beneficio;
- Si la Determinación adversa inicial de beneficios involucra un Reclamo de atención de urgencia, el aviso proporcionará una descripción del proceso de revisión acelerada aplicable a dichos reclamos. La notificación de una determinación adversa de beneficios que involucra un reclamo de atención de urgencia se le puede proporcionar oralmente dentro de los plazos especificados anteriormente, siempre que la notificación oral cumpla con los requisitos de esta subsección y se le proporcione una notificación escrita o electrónica que satisfaga los requisitos de esta subsección a más tardar 3 días después de la notificación oral;
- El aviso describirá cualquier material adicional o información necesaria para que usted perfeccione el reclamo y explique por qué dicho material o información es necesaria;

- Una declaración de que tiene derecho a presentar evidencia y testimonio en apoyo de su reclamo durante cualquier proceso de apelación; y
- El aviso proporcionará una descripción de los procedimientos de revisión del Plan de manera CORRECTA (incluidos los plazos aplicables a estos procedimientos de revisión).

Si corresponde, el aviso se proporcionará de una manera cultural y lingüísticamente apropiada en el idioma predominante que no sea inglés hablado donde usted vive.

APELACIÓN DE DETERMINACIONES ADVERSAS DE BENEFICIOS.

Puede apelar por escrito una Determinación adversa de beneficios al Comité dentro de los 180 días posteriores a la recepción de la Determinación adversa de beneficios del Administrador de reclamos.

Si la determinación adversa de beneficios involucra un reclamo de atención médica urgente por beneficios médicos, puede solicitar verbalmente o por escrito una revisión acelerada de la determinación adversa de beneficios y toda la información necesaria, incluida la determinación de beneficios del Plan de manera CORRECTA en la revisión, se transmitirá entre el Plan de manera CORRECTA y usted por teléfono, facsímil u otro método expeditivo disponible.

Si surgen nuevas pruebas o razones adicionales para la Determinación adversa de beneficios durante el proceso de revisión de reclamos, el Plan de manera CORRECTA, tan pronto como sea práctico, le proporcionará dicha evidencia nueva o nuevas razones para la Determinación adversa de beneficios. En tal caso, tendrá la oportunidad de revisar y responder a cualquier evidencia nueva o razones adicionales. Se le informará de los plazos para la presentación de dicha respuesta..

CONSIDERACIÓN DEL COMITÉ.

Al revisar la apelación de una determinación adversa de beneficios, el Comité cumplirá con los siguientes requisitos:

- Puede enviar comentarios escritos, testimonios, documentos, registros y otra información relacionada con el reclamo de beneficios, y el Comité tendrá en cuenta toda esa información cuando revise el reclamo, independientemente de si dicha información fue presentada o considerada en el determinación inicial de beneficios;
- Puede recibir, previa solicitud y sin cargo, acceso razonable y copias de todos los documentos, registros y otra información relevante a su reclamo de beneficios (según lo determine el Comité);
- La decisión sobre la apelación de una determinación adversa de beneficios no dará ninguna deferencia a la determinación adversa inicial de beneficios;
- Si la solicitud de apelación sobre un reclamo de Reemplazo de Salario de Beneficios Médicos se basa total o parcialmente en un juicio médico, incluidas las determinaciones sobre si un tratamiento, medicamento u otro artículo en particular es experimental, de investigación o no es médicamente necesario o apropiado, el Comité consultará con un proveedor aprobado que tenga la capacitación y experiencia adecuadas en el campo de la medicina involucrada en el juicio médico. Este proveedor aprobado no será un individuo que haya sido consultado en relación con la determinación adversa inicial de beneficios o un subordinado de dicho individuo.
- Tras su solicitud por escrito, el Comité identificará los nombres individuales de cualquier experto médico o profesional cuyo asesoramiento se haya obtenido en relación con una Determinación adversa de beneficios de un reclamo de Beneficios médicos o Beneficios de reemplazo salarial, sin importar si el asesoramiento de dichos expertos se basó en la determinación de beneficios.

MOMENTO DE AVISO DE DETERMINACIÓN DE BENEFICIOS EN LA REVISIÓN.

El Comité le notificará, como se describe a continuación, sobre la determinación de beneficios del Plan de manera CORRECTA en la revisión de acuerdo con los siguientes plazos.:

- Atención de urgencia, reclamos médicos previos al servicio. En el caso de un Reclamo previo al servicio para Beneficios médicos que es un Reclamo de atención de urgencia, el Comité le notificará sobre la determinación de beneficios del Plan de manera CORRECTA en la revisión lo antes posible, teniendo en cuenta las exigencias médicas del reclamo, pero no más de 72 horas después de recibir su solicitud de apelación. No hay una extensión de tiempo disponible para las determinaciones del Comité sobre la revisión de reclamos de Beneficios Médicos;
- Atención no urgente, reclamos médicos previos al servicio. En el caso de una Reclamación previa al servicio para Beneficios médicos que no sea una Reclamación de atención urgente, el Comité le notificará sobre la determinación de beneficios del Plan de manera CORRECTA en la revisión dentro de un período de tiempo razonable apropiado para las circunstancias médicas, pero no después de 30 días después de recibir la solicitud de apelación. No hay una extensión de tiempo disponible para las determinaciones del Comité sobre la revisión de reclamos de Beneficios Médicos;
- Beneficios médicos posteriores al servicio o reclamos de beneficios de reemplazo salarial. En el caso de un Reclamo posterior al servicio de Beneficios médicos o un reclamo de Beneficios de reemplazo salarial, el Comité le notificará sobre la determinación de beneficios del Plan de manera CORRECTA en la revisión dentro de los 45 días posteriores a la recepción de la solicitud de apelación. El Comité puede extender este período hasta 45 días adicionales en un reclamo de Beneficios de Reemplazo de Salarios si el Comité determina que una extensión es necesaria debido a asuntos que están fuera del control del Plan de manera CORRECTA. Se le debe enviar una notificación por escrito o electrónica de una extensión antes del vencimiento del período inicial de 45 días e indicar las circunstancias especiales que requieren la extensión y la fecha en la cual el Plan de manera CORRECTA espera tomar una decisión.

El Plan de manera CORRECTA le proporcionará un aviso de su decisión sobre su apelación de una Determinación adversa de beneficios de la siguiente manera:

- Cualquier aviso electrónico deberá cumplir con las regulaciones ERISA que especifican los estándares para la divulgación electrónica de la información del plan de beneficios;
- La notificación se redactará de una manera calculada para que usted la entienda;
- El aviso establecerá la razón o razones específicas para la determinación adversa de beneficios, en referencia a las disposiciones específicas del plan en las que se basa la determinación adversa de beneficios;
- Si se hizo referencia a una regla interna, pauta, protocolo u otro criterio similar para hacer una Determinación adversa de beneficios en un reclamo de Beneficios médicos o Beneficios de reemplazo salarial, la notificación deberá indicar que dicha regla, pauta, protocolo u otro criterio similar se basó en Hacer la determinación adversa de beneficios y una copia de la misma se le proporcionará a pedido y sin cargo;
- Si la decisión sobre la apelación de una Determinación adversa de beneficios se basa en la necesidad médica, un tratamiento experimental o una exclusión o límite similar, el aviso proporcionará una explicación del juicio científico o clínico para la Determinación adversa de beneficios, aplicando los términos del Plan de manera CORRECTA a sus circunstancias médicas, o una declaración de dicha explicación se le proporcionará de forma gratuita previa solicitud;
- Si la decisión sobre la apelación de la Determinación adversa de beneficios no está de acuerdo con los puntos de vista de cualquier profesional de atención médica que lo trató o profesionales profesionales que evaluaron el reclamo, y usted presenta esos puntos de vista al Plan de manera CORRECTA, la denegación proporcionará una base detallada para tal desacuerdo;

MANERA Y CONTENIDO DE DETERMINACIÓN DE BENEFICIOS EN LA REVISIÓN.

- Si la decisión sobre la apelación de la Determinación adversa de beneficios no está de acuerdo con los puntos de vista de los expertos médicos o vocacionales cuyo asesoramiento se obtuvo en nombre del Plan de manera CORRECTA en relación con su rechazo, sin importar si el asesoramiento se basó en la toma de decisiones de determinación de beneficios, la denegación proporcionará una base detallada para tal desacuerdo;
- Si la decisión sobre la apelación de la Determinación adversa de beneficios no está de acuerdo con los puntos de vista con respecto a cualquier determinación de discapacidad hecha por la Administración del Seguro Social, la denegación proporcionará una base detallada para tal desacuerdo;
- Una declaración que tendrá derecho a recibir, previa solicitud y sin cargo, acceso razonable y copias de todos los documentos, registros y otra información relevante a su reclamo de beneficios;
- Si corresponde, se proporcionará un aviso de manera cultural y lingüísticamente apropiada en el idioma predominante que no sea inglés que se habla en el lugar donde vive;
- El aviso incluirá una declaración en la que puede ejercer su derecho a presentar una demanda bajo la sección 502 (a) de ERISA y deberá indicar la fecha en la cual dicha demanda debe ser presentada;
- La notificación también proporcionará la fecha límite del Plan de manera CORRECTA para presentar una demanda bajo la Sección 502 (a) de ERISA para impugnar la decisión de apelación del Plan de manera CORRECTA, y deberá indicar la fecha de vencimiento para presentar dicha demanda.

EXTENSIÓN DE MARCOS DE TIEMPO PERMITIDO POR LEY O ACUERDO.

En el caso de que las reglas y regulaciones de ERISA permitan tiempo adicional para decisiones o acciones del Administrador o Comité de Reclamos, el Administrador o Comité de Reclamos puede ejercer su discreción para utilizar (pero no exceder) esos plazos extendidos; sin embargo, esta discreción solo se ejercerá cuando sea necesario para proporcionar una revisión completa y justa de su derecho a los

beneficios de acuerdo con los términos de este Plan (por ejemplo, se necesita tiempo adicional para obtener una cita y los resultados de un examen médico) A solicitud del Plan de manera CORRECTA, también puede aceptar voluntariamente una extensión o extensión adicional de cualquier período de tiempo dentro del cual el Plan de manera CORRECTA debe decidir un reclamo.

ERRORES MENORES.

Si el Plan de manera CORRECTA no cumple con algún requisito de procedimiento bajo el Plan de manera CORRECTA que sea más que un error menor, puede notificar al Plan de manera CORRECTA de tal falla y el Plan de manera CORRECTA tendrá la oportunidad de explicarle el motivo (s) por tal falla. Puede presentar una demanda que impugne el incumplimiento del Plan de manera CORRECTA si dicho incumplimiento hace que el Plan de manera CORRECTA no tome una decisión sobre un reclamo de beneficios bajo el Plan de manera CORRECTA o una apelación de una determinación adversa de beneficios.

LIMITACIONES CONTRACTUALES:

PLAZO PARA PRESENTAR UNA DEMANDA.

Cualquier demanda presentada por usted bajo la Sección 502 de ERISA debe presentarse en o después de: (a) dos (2) años a partir de la fecha en que el Plan de manera CORRECTA le proporcionó un aviso inicial de su decisión sobre su reclamo de beneficios o con notificación inicial de la Determinación adversa de beneficios, o (b) sesenta (60) días después de la fecha de la decisión del Plan de manera CORRECTA sobre la apelación de una Determinación adversa de beneficios.

AGOTAMIENTO DE RECURSOS ADMINISTRATIVOS.

No se puede iniciar ninguna acción legal por usted o con respecto a usted para recuperar los beneficios del Plan de manera CORRECTA antes de que se haya agotado el procedimiento de reclamo anterior.

BENEFICIOS CONTINUOS

Sujeto a las limitaciones y otras reglas y procedimientos descritos en este folleto, sus beneficios bajo este Plan comenzarán o continuarán mientras usted:

- Someterse a cualquier prueba de drogas y alcohol (si lo requiere el Administrador de Reclamos, el médico tratante o el proveedor de Atención de Emergencia), y proporcionarle al

Empleador esta información sobre pruebas de alcohol y drogas o autorizar al Empleador a obtener acceso a esta información;

- Recibir aprobación previa para toda la atención médica.;
- Utilice solo médicos aprobados e instalaciones aprobadas (excepto en el caso de atención de emergencia. Como se explica en las secciones "Procedimiento en caso de lesión" y BENEFICIOS MÉDICOS de este folleto);
- Someterlo al examen de un Médico Aprobado seleccionado por el Administrador de reclamos (que no sea el Médico Aprobado tratante) según lo requiera el Administrador de reclamos con respecto a cualquier procedimiento quirúrgico u otro diagnóstico u opinión de tratamiento emitida por el Médico Aprobado tratante para el cual el Administrador de reclamos considere una segunda opinión médica aconsejable;
- Son sensibles al tratamiento. La falta de respuesta incluiría, entre otras, la falta de respuesta debido a la necesidad de su modificación de comportamiento recomendada por el médico aprobado tratante;
- Proporcionar información precisa a. y siga las instrucciones (incluidos, entre otros, cualquier tratamiento recomendado, terapia, curso de acción, abstinencia o programa de rehabilitación) y continúe bajo el cuidado de un médico aprobado que lo trate;
- Cumplir y llegar a tiempo a todas las citas programadas con los proveedores de atención médica.;
- Permita que un representante autorizado del Empleador lo acompañe a las citas con los proveedores de atención médica.;
- No participe en conductas que dificulten su recuperación;
- Informe periódicamente a su supervisor según las indicaciones hasta que pueda regresar al trabajo, incluida la notificación del tiempo de recuperación esperado después de cada cita con el médico aprobado o el proveedor aprobado;

- Informe inmediatamente a su supervisor que ha sido liberado por un médico o proveedor aprobado para que regrese al servicio completo o modificado, e informe a tiempo para trabajar de acuerdo con dicha liberación:
- Recoja personalmente su cheque por cualquier Beneficio de reemplazo salarial provisto bajo el Plan de manera CORRECTA; siempre que, sin embargo, el Administrador de reclamos renuncie a este requisito si demuestra que no puede cumplir física o geográficamente, en cuyo caso el cheque será entregado personalmente o enviado por correo, a discreción del Empleador, directamente a usted;
- No reciba beneficios con respecto a la Lesión de, y el incidente no crea ninguna responsabilidad para el Empleador bajo ninguna ley de compensación de trabajadores, ya sea que la cobertura de beneficios esté o no vigente en virtud de dicha ley, lesión o ley de enfermedad profesional, ley de compensación por desempleo, ley de beneficios por discapacidad u otra ley similar;
- Son veraces con respecto a todos los aspectos de la información requerida suministrada como parte del proceso de empleo o informe de lesiones;
- Son veraces y cooperan plenamente con el Administrador de reclamos (incluidos, entre otros, los requisitos para proporcionar información) y no demuestran mala fe en relación con la administración del Plan de manera CORRECTA, incluidos, entre otros. procedimientos de subrogación o coordinación de beneficios;
- Cumpla con las disposiciones de esta descripción resumida del Plan de manera CORRECTA, y las reglas y procedimientos adoptados por el Administrador de reclamos para la administración del Plan de manera CORRECTA;
- Estamos vivos.

SIN COBERTURA COBRA.

El propósito del Plan de manera CORRECTA es proporcionar beneficios en caso de una lesión. El Plan de manera CORRECTA no proporciona beneficios a sus dependientes. Excepto por los Beneficios pagaderos

debido a una Lesión que ocurra antes de la terminación, no hay Beneficios posteriores al empleo disponibles. En el caso de que la Compañía esté obligada por el Título X de la Ley Federal de Reconciliación del Presupuesto Ómnibus Consolidado de 1985, según enmendada ("COBRA") para proporcionar cobertura de continuación bajo el Plan de manera CORRECTA en caso de que ocurran ciertos "eventos calificados" (como se define en COBRA) que de lo contrario resultaría en una pérdida de cobertura, entonces no se interpretará ninguna disposición del Plan de manera CORRECTA que impida ofrecer la continuación de la cobertura de COBRA a continuación.

COMPENSACIÓN, REEMBOLSO Y RECUPERACIÓN DE BENEFICIOS

COMPENSACIÓN POR OTROS BENEFICIOS.

El Plan de manera CORRECTA se reserva el derecho de reducir sus beneficios, de acuerdo con las disposiciones de coordinación de beneficios del documento oficial del Plan, de modo que el total de todos los planes de beneficios bajo los cuales está cubierto no exceda el 100% de los beneficios provistos bajo este Plan. Debe cooperar con el Empleador para proporcionarle copias de otras políticas, coberturas o planes que pueden ser aplicables a la Lesión y al completar y devolver al Empleador cualquier cuestionario o formulario que indague o asigne derechos para recuperarse bajo otras políticas, coberturas o planes que pueden cubrir o ser aplicables a usted.

Como se usa en este documento, el término "Beneficiario" significa un Participante o Beneficiario (en su capacidad individual o representativa), de manera singular o colectiva, ya que el contexto puede requerir otorgarle al Plan de manera CORRECTA los derechos de recuperación más amplios posibles.

RECUPERACIÓN DE TERCEROS.

Si tiene derecho o recibe beneficios bajo el Plan de manera CORRECTA para una lesión causada por otra persona u organización y tiene derecho a cobrar cualquier otra compensación en relación con dicha lesión, ya sea por seguro, litigio, acuerdo u otro procedimiento, usted debe (1) reembolsar al Plan de manera CORRECTA de dicha otra compensación en la medida de los beneficios del Plan que haya recibido o que haya pagado a cualquier otra persona o entidad en su nombre, y

(2) ejecutar cualquier documento solicitado por el Administrador de reclamos para permitir que el Plan de manera CORRECTA recupere dichos beneficios. Si (1) no reembolsa el Plan de manera CORRECTA o no cumple con estas disposiciones, o (2) los pagos se realizan bajo el Plan de manera CORRECTA en base a información fraudulenta o en exceso de la cantidad necesaria para satisfacer las disposiciones del Plan de manera CORRECTA, entonces, además de todos los otros recursos legales y equitativos y derechos de recuperación que pueda tener el Plan de manera CORRECTA, el Plan de manera CORRECTA tendrá el derecho de terminar o suspender los pagos de beneficios y / o recuperar el reembolso debido al Plan de manera CORRECTA reteniendo, compensando y recuperando dicha cantidad de cualquier beneficio futuro del Plan o cantidades adeudadas de otra manera por el Plan de manera CORRECTA a usted o con respecto a usted.

Además, el Plan de manera CORRECTA tendrá derecho a compensar cualquier beneficio futuro que se le deba por cualquier monto de compensación que reciba en exceso de los beneficios pagados bajo el Plan de manera CORRECTA. El Plan de manera CORRECTA también tendrá derecho a entablar una demanda y hacer valer un fideicomiso constructivo u otra recuperación equitativa contra todas y cada una de las personas con activos sobre los cuales el Plan de manera CORRECTA puede reclamar un derecho. El Plan de manera CORRECTA tiene derecho a la primera recuperación de cualquier fallo, acuerdo u otro pago, independientemente de si usted ha sido "recuperado". Los derechos de subrogación del Plan de manera CORRECTA no se verán reducidos por los honorarios de abogados o gastos incurridos en la búsqueda de recuperación contra un tercero y no se aplicará la doctrina del "fondo común". Los honorarios y / o gastos de los abogados incurridos por usted o por su abogado en una acción de terceros serán de su exclusiva responsabilidad..

AVISO DE PROCEDIMIENTOS LEGALES.

Debe proporcionar al Administrador de Reclamos una notificación previa por escrito de su participación en cualquier demanda, discusión de conciliación u otro procedimiento destinado a recuperar, de otra persona u organización, daños u otra compensación relacionada con cualquier Lesión que haya recibido o que haya sido pagada. en su nombre (o puede presentar en el futuro un reclamo para recibir) beneficios bajo el Plan de

manera CORRECTA tendrá derecho a intervenir en cualquier demanda, discusión de conciliación u otro procedimiento. Si no busca la recuperación de ninguna persona u organización que causó o puede haber causado su lesión, el Plan de manera CORRECTA tiene el derecho de iniciar una demanda u otro procedimiento en su nombre, o realizar cualquier otro acto que, en opinión del administrador puede ser necesario o deseable para recuperar los beneficios del Plan pagados a usted o en su nombre, o que se le paguen a usted o en su nombre en el futuro (incluidos los costos y gastos).

ASIGNACIÓN DE DERECHOS.

Al participar en este Plan, usted, así como todos los demás Beneficiarios y / o Beneficiarios (en sus capacidades individuales y representativas), están obligados a cumplir con las disposiciones de este Plan, incluida, entre otras, la "Recuperación de terceros". Las secciones "Aviso de procedimientos legales" y "Cesión de derechos" de este documento. A solicitud del Administrador de Reclamos, usted y cualquiera de sus Beneficiarios deben asignar el Plan de manera CORRECTA, el derecho de comenzar o intervenir en cualquier demanda, discusión de conciliación u otro procedimiento descrito anteriormente, y usar su nombre para ese propósito. El Plan de manera CORRECTA tendrá todos los derechos y privilegios con respecto a dichos procedimientos (como el derecho a seleccionar un asesor legal o presentar apelaciones) que usted o nuestros Beneficiarios tendrían. Debe proporcionar toda la ayuda razonable en cualquier procedimiento tal como lo solicite el Administrador de reclamos. Usted y sus Beneficiarios también deben liberar al Plan de manera CORRECTA, al Empleador, al Administrador de Reclamos, al Comité y a sus representantes de cualquier reclamo que pueda surgir de la persecución o el manejo por parte del Plan de manera CORRECTA de cualquier demanda, acuerdo discusión u otro procedimiento.

A pesar de todo lo contenido en este documento, en la medida en que usted y / o un Beneficiario reciba beneficios o los beneficios se paguen en su nombre bajo el Plan de manera CORRECTA, se considerará que usted y / o cada Beneficiario han asignado al Plan de manera CORRECTA el derecho a intervenir o entablar cualquier demanda, discusión de acuerdo u otro procedimiento descrito en la disposición anterior, y usar su nombre o el de su Beneficiario para tal fin.

El Plan de manera CORRECTA tendrá derecho a seleccionar un asesor legal de su elección y dicho asesor tendrá un control completo sobre la conducta de cualquier demanda, discusión de acuerdo u otro procedimiento descrito anteriormente sin el consentimiento o la participación de dicho Beneficiario. Siempre que el Plan de manera CORRECTA intervenga o instituya cualquier demanda u otro procedimiento según lo permitido por las disposiciones de esta Sección, el Plan de manera CORRECTA puede perseguirlo hasta una determinación final y el Plan de manera CORRECTA se reserva expresamente el derecho de apelar cualquier juicio adverso o decisión. Usted, su Beneficiario y / o cada Beneficiario brindarán el Plan de manera CORRECTA toda la ayuda razonable en cualquier demanda, discusión de un acuerdo u otro procedimiento para efectuar el acuerdo, para obtener evidencia, para obtener testigos o según lo soliciten las Reclamos Administrador.

DERECHO A RECIBIR Y

PUBLICAR INFORMACIÓN NECESARIA.

El Administrador de reclamos puede, sin el consentimiento o aviso de cualquier persona u organización, divulgar u obtener de cualquier persona u organización, la información necesaria para implementar las disposiciones del Plan. Cuando solicita beneficios, debe proporcionar toda la información solicitada por el Administrador de reclamos.

ENMIENDA O TERMINACIÓN DEL PLAN

El Empleador actualmente tiene la intención de continuar el Plan de manera CORRECTA indefinidamente. Sin embargo, el Empleador se reserva el derecho de enmendar, modificar o finalizar el Plan de manera CORRECTA en cualquier momento. Cualquier modificación o terminación de este tipo se realizará de conformidad con una acción formal por escrito de un representante autorizado para actuar en nombre del Empleador. Ninguna enmienda o terminación del Plan de manera CORRECTA reducirá la cantidad de cualquier beneficio pagadero bajo el Plan de manera CORRECTA con respecto a un Participante en relación con una Lesión que ocurra antes de la fecha de dicha enmienda o terminación.

INFORMACIÓN GENERAL

TIPO DE PLAN.

Un plan de beneficios de asistencia social autofinanciado, no marginal, que proporciona reemplazo de salario y / o beneficios médicos debido a una lesión.

Consulte el Acuerdo de adopción para conocer:

- El nombre del plan;
- El nombre y la dirección del empleador (que es el patrocinador y administrador del plan de manera CORRECTA);
- La persona de contacto y el número de teléfono del administrador de reclamos;
- El nombre y dirección de la persona designada como agente para el servicio del proceso legal; y
- Los números de identificación del empleador y del plan.

AÑO DEL PLAN.

El Plan de manera CORRECTA generalmente opera y mantiene sus registros en función del período de 12 meses calendario que finaliza cada 31 de diciembre.

DECLARACIÓN DE DERECHOS ERISA

Como participante en el Plan de manera CORRECTA, tiene derecho a ciertos derechos y protecciones bajo la Ley de Seguridad de Ingresos de Jubilación de Empleados de 1974 ("ERISA"). ERISA proporciona que todos los participantes del Plan tendrán derecho a:

Reciba información sobre los beneficios de su Plan.

- Examine, sin cargo, en la oficina del Administrador del Plan de manera CORRECTA y en otros lugares específicos (como los sitios de trabajo) todos los documentos que rigen el Plan, incluidos los contratos de seguro (si corresponde) y las copias del último informe anual (Serie Formulario 5500) archivado por el Plan de manera CORRECTA con el Departamento de Trabajo de los EE. UU. y disponible en la Sala de Divulgación Pública de la Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado.
- Obtenga, previa solicitud por escrito al Administrador del Plan de manera CORRECTA,

copias de los documentos que rigen el funcionamiento del Plan de manera CORRECTA, incluidos los contratos de seguro (si corresponde) y copias del último informe anual (Formulario 5500 Series) y una descripción resumida actualizada del plan. El administrador del plan de manera CORRECTA puede hacer un cargo razonable por las copias.

ACCIONES PRUDENTES DE LOS FIDUCIARIOS DEL PLAN.

Además de crear derechos para los participantes del Plan. ERISA impone deberes a las personas responsables del funcionamiento del Plan de manera CORRECTA. Las personas que operan su Plan, llamadas "fiduciarias" del Plan de manera CORRECTA, tienen el deber de hacerlo con prudencia y en interés de usted y otros participantes y beneficiarios del Plan. Nadie, incluido el Empleador o cualquier otra persona, puede despedirlo o discriminarlo de otra manera para evitar que obtenga un beneficio de bienestar o ejerza sus derechos bajo ERISA.

HAGA CUMPLIR SUS DERECHOS.

Si su reclamo por un beneficio de asistencia social es denegado o ignorado, total o parcialmente, tiene derecho a saber por qué se hizo esto, a obtener copias de los documentos relacionados con la decisión sin cargo, y a apelar cualquier denegación, todo dentro de ciertos horarios.

Bajo ERISA, hay pasos que puede seguir para hacer cumplir los derechos anteriores. Por ejemplo, si solicita una copia de los documentos del Plan o el último informe anual del Plan de manera CORRECTA y no los recibe dentro de los 30 días, puede solicitar un arbitraje vinculante bajo el programa de arbitraje vinculante del Empleador, llamado "Plan de resolución de disputas de manera CORRECTA". "En tal caso, un árbitro puede requerir que el Administrador del Plan de manera CORRECTA le proporcione los materiales y le pague hasta \$147 por día hasta que reciba los materiales, a menos que los materiales no se hayan enviado debido a razones fuera del control del Administrador del Plan de manera CORRECTA.

Si tiene un reclamo de beneficios que es denegado o ignorado, en su totalidad o en parte, puede solicitar un arbitraje vinculante bajo el Plan de resolución de disputas de manera CORRECTA después de agotar los procedimientos de reclamos bajo el Plan de

manera CORRECTA. Si los fiduciarios del Plan usan indebidamente el dinero del Plan de manera CORRECTA o si se lo discrimina por hacer valer sus derechos, puede solicitar asistencia del Departamento de Trabajo de los EE. UU., O puede solicitar un arbitraje vinculante en virtud del Plan de resolución de disputas de manera CORRECTA. Un árbitro decidirá quién debe pagar los costos judiciales y los honorarios legales. Si tiene éxito, un árbitro puede ordenar a la persona que ha presentado un reclamo contra el pago de estos costos y tarifas. Si pierde, un árbitro puede ordenarle que pague estos costos y tarifas, por ejemplo, si considera que su reclamo es frívolo.

ASISTENCIA CON SUS PREGUNTAS.

Si tiene alguna pregunta sobre su Plan, debe comunicarse con el Administrador del Plan de manera CORRECTA. Si tiene alguna pregunta sobre esta declaración o sobre sus derechos bajo ERISA, o si necesita ayuda para obtener documentos del Administrador del Plan de manera CORRECTA, debe comunicarse con la oficina más cercana de la Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados. Departamento de Trabajo de EE. UU., Que figura en su directorio telefónico o en la División de Asistencia Técnica y Consultas, Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados. Departamento de Trabajo de EE. UU. 200 Constitution Avenue N.W., Washington D.C. 20210. También puede obtener ciertas publicaciones sobre sus derechos y responsabilidades bajo ERISA llamando a la línea

directa de publicaciones de la Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado.

LEY APLICABLE

Este Plan se registrará e interpretará de acuerdo con las disposiciones de ERISA y, excepto donde sea reemplazado por la ley federal, las leyes de Texas. Este plan está exento de los requisitos del plan de salud grupal de:

- Parte 7 de ERISA mediante la operación de uno o una combinación de los beneficios exceptuados enumerados en la Sección 733 (c) (1) de ERISA y, por lo tanto, está exento de los estándares y otros requisitos de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos ("HIPAA"), y
- La Ley de Servicios Públicos de Salud mediante el funcionamiento de uno o una combinación de los beneficios exceptuados enumerados en el Título 42 del Código de los Estados Unidos Sección 300gg-91 (c) (1) y, por lo tanto, está exento de los requisitos de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible.

ASISTENCIA CON PREGUNTAS

Si tiene alguna pregunta sobre el Plan de manera CORRECTA, debe comunicarse con el empleador o el administrador del plan.

APÉNDICE A

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD PARA INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

EL PLAN DE MANERA CORRECTA ("PLAN") CUMPLIRÁ CON LOS "ESTÁNDARES DE PRIVACIDAD DE INFORMACIÓN DE SALUD INDIVIDUALMENTE IDENTIFICABLE" (LAS "REGLAS DE PRIVACIDAD DE HIPAA")

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE UN PARTICIPANTE Y CÓMO UN EMPLEADO / PARTICIPANTE PUEDE ACCEDER A ESTA INFORMACIÓN.

POR FAVOR REVISE CUIDADOSAMENTE.

El Plan de manera CORRECTA tomará medidas razonables para garantizar la privacidad de su Información de salud protegida ("PHI") en la medida en que los requisitos de privacidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos ("HIPAA") se apliquen a los beneficios de salud provistos en este Plan.

"La información de salud protegida incluye cualquier información de salud identificable individualmente transmitida o mantenida por el Plan de manera CORRECTA, **pero no incluye:** (1) información de salud identificable individualmente contenida en registros educativos y registros de empleo en poder de una Compañía, o " información anonimizada, "Que es información que no lo identifica y no hay una base razonable para creer que se pueda usar para identificarlo.

Este aviso se proporciona para informarle a usted, su cónyuge y sus dependientes (en adelante "usted", según corresponda) de (1) los usos y divulgaciones de su PHI por parte del Plan de manera CORRECTA (2) los derechos y responsabilidades del Plan de manera CORRECTA con respecto de su PHI y (3) sus derechos de privacidad con respecto a su PHI, a menos que se indique lo contrario a continuación, los términos utilizados en este Apéndice tendrán los mismos significados que se definen en el Plan de manera CORRECTA.

Como se usa en este documento, los términos "Compañía" y "Empleador" tendrán los significados establecidos en el Plan de manera CORRECTA, y la Compañía y el Empleador se denominarán colectivamente en este Aviso como la "Compañía."

USOS Y DIVULGACIONES DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

El Plan de manera CORRECTA puede usar y divulgar su PHI en las siguientes situaciones sin obtener primero su consentimiento o autorización por escrito.:

Usos y divulgaciones directamente a usted. Previa solicitud, el Plan de manera CORRECTA debe brindarle acceso a cierta PHI para que pueda copiarla e inspeccionarla..

Contabilidad de su PHI. Previa solicitud, se requiere que el Plan de manera CORRECTA le proporcione un informe de ciertas divulgaciones de su PHI que el Plan de manera CORRECTA ha realizado.

Tratamiento, pago u operaciones de atención médica. El Plan de manera CORRECTA puede usar o divulgar su PHI en las siguientes situaciones relacionadas con el tratamiento, el pago o las operaciones de atención médica.:

- **Tratamiento.** El Plan de manera CORRECTA puede divulgar su PHI a un médico, hospital u otro proveedor de atención médica para que reciba tratamiento médico.. "Tratamiento" incluye la provisión, coordinación o administración de atención médica y servicios relacionados e incluye, pero no se limita a, consultas y referencias entre uno o más de sus proveedores de atención médica.
- **Pago.** El Plan De manera CORRECTA puede usar su PHI y divulgar su PHI a otro plan de salud o proveedor de atención médica para pagar reclamos bajo el Plan de manera CORRECTA. Las actividades de "pago" incluyen, entre otras, cosas como determinaciones de cobertura, facturación, gestión de reclamos,

coordinación de beneficios, subrogación, reembolso del plan, revisiones de necesidad médica, revisión de utilización y autorización previa.

- **Operaciones de atención médica del plan.** El Plan de manera CORRECTA puede usar su PHI para las operaciones de atención médica del Plan de manera CORRECTA. Las “Operaciones de atención médica” incluyen, entre otras, (1) evaluación y mejora de la calidad, (2) revisión de las calificaciones de los profesionales de la salud, (3) suscripción, calificación de primas y otras actividades de seguros relacionadas con la creación, renovación o reemplazo de la salud. contratos de seguro (incluido el seguro por exceso de pérdida), (4) realizar o coordinar una revisión médica, servicios legales y funciones de auditoría, incluida la detección de fraude y abuso, y programas de cumplimiento, (5) planificación y desarrollo comercial, (6) actividades de gestión comercial, resolución de quejas internas y actividades de diligencia debida relacionadas con la venta o transferencia de activos a otra entidad, y (7) crear información de salud no identificada en ciertos casos.
- **Operaciones de atención médica de otra entidad.** El Plan de manera CORRECTA también puede divulgar su PHI a otro plan de salud o proveedor de atención médica para las operaciones de atención médica de la entidad que recibe la PHI, siempre que cada entidad tenga o haya tenido una relación con usted, la PHI se refiere a esta relación y a la divulgación es para (1) operaciones de atención médica, o (2) detección de fraude y abuso de atención médica o con fines de cumplimiento.

Contacto con el individuo afectado. El Plan de manera CORRECTA puede contactarlo para proporcionarle recordatorios de citas o información sobre alternativas de tratamiento u otros beneficios y servicios relacionados con la salud.

Excepción: notas de psicoterapia. Por lo general, debe obtener su autorización por escrito antes de que el Plan de manera CORRECTA use o divulgue notas de psicoterapia sobre usted. Las "notas de psicoterapia" son notas archivadas por separado sobre sus conversaciones con su profesional de salud mental durante una sesión de asesoramiento. Sin embargo, no

incluyen información resumida sobre su tratamiento de salud mental. Además, el Plan de manera CORRECTA puede usar y divulgar tales notas cuando sea directamente necesario para defenderse contra los litigios presentados por usted (tenga en cuenta que la psicoterapia no es un beneficio médico cubierto bajo el Plan de manera CORRECTA).

Usos y divulgaciones al patrocinador del plan y al administrador de reclamos.

El Plan de manera CORRECTA puede divulgar PHI a la Compañía en su calidad de patrocinador del Plan de manera CORRECTA y al Administrador de reclamos con el único propósito de permitir que la Compañía y / o el Plan desempeñen funciones de administración del plan de acuerdo con las siguientes reglas:

- La Compañía y el Administrador de reclamos utilizarán y divulgarán la PHI proporcionada por el Plan de manera CORRECTA solo en la medida en que el uso y la divulgación estén permitidos o sean requeridos por las reglas de privacidad de HIPAA;
- La Compañía y el Administrador de reclamos no usarán ni divulgarán más la PHI que no sea la permitida o requerida por el Plan de manera CORRECTA o por ley;
- La Compañía y el Administrador de Reclamos requerirán que cualquier agente, incluido un subcontratista, a quien proporcione PHI del Plan de manera CORRECTA acepte las mismas restricciones y condiciones que se aplican a la Compañía con respecto a la PHI;
- La Compañía y el Administrador de reclamos no utilizarán ni divulgarán la PHI del Plan de manera CORRECTA para acciones y decisiones relacionadas con el empleo o en relación con cualquier otro beneficio de la Compañía;
- La Compañía y el Administrador de reclamos deberán informar al Plan de manera CORRECTA cualquier uso o divulgación de la PHI proporcionada por el Plan de manera CORRECTA que sea inconsistente con el propósito para el cual se proporcionó la PHI, una vez que la Compañía tenga conocimiento de dicho uso o divulgación inconsistente;

- La Compañía y el Administrador de reclamos le proporcionarán acceso a su PHI según lo dispuesto por las reglas de privacidad de HIPAA;
- La Compañía y el Administrador de reclamos pondrán su PHI disponible para que usted la modifique e incorporará cualquier enmienda hecha a su PHI;
- La Compañía y el Administrador de reclamos pondrán a su disposición la información requerida para proporcionar un informe de cualquier divulgación de su PHI realizada por el Plan de manera CORRECTA, en la medida en que estas divulgaciones deben contabilizarse según las reglas de privacidad de HIPAA;
- La Compañía pondrá a disposición del Departamento de Salud y Servicios Humanos sus prácticas internas, libros y registros relacionados con el uso y divulgación de la PHI del Plan de manera CORRECTA para determinar el cumplimiento del Plan con las reglas de privacidad de HIPAA;
- Si es posible, la Compañía y el Administrador de Reclamos deberán devolver o destruir toda la PHI recibida del Plan de manera CORRECTA que la Compañía y el Administrador de reclamos aún mantienen en cualquier forma y no retendrán copias de dicha PHI cuando ya no sea necesaria para el propósito para el cual se divulgó hecho. Sin embargo, si esta devolución o destrucción no es factible, la Compañía y el Administrador de Reclamos limitarán los usos y divulgaciones adicionales de la PHI a aquellos fines que hacen inviable la devolución o destrucción de la PHI; y
- La Compañía se asegurará de que se haya establecido una separación adecuada entre la Compañía, en su calidad de patrocinador del plan, y el Plan de manera CORRECTA.

Separación entre la Compañía y el plan de manera CORRECTA. El Administrador de reclamos designado del Plan de manera CORRECTA, los miembros del Comité de Apelaciones designados del Plan de manera CORRECTA y sus respectivos miembros del personal designados para realizar las funciones del Plan serán los únicos empleados u otras personas bajo el control directo de la Compañía que

tendrán acceso a la PHI para su uso, y divulgación. Su acceso y uso de la PHI se limitará a las funciones del Administrador del Plan de manera CORRECTA que la Compañía, en su calidad de patrocinador del plan, realiza para el Plan de manera CORRECTA. En el caso de que alguna de estas personas no cumpla con los requisitos de las reglas de privacidad de HIPAA, puede presentar una queja por escrito a la Persona de contacto que figura al final de este Aviso.

Excepciones. El Plan de manera CORRECTA puede divulgar a la Compañía como patrocinador del plan sin cumplir con los requisitos de esta Sección si la divulgación involucra:

- PHI en la medida especificada en una autorización válida por escrito de usted;
- Información de salud resumida, si la Compañía solicita información de salud resumida con el propósito limitado de (1) obtener ofertas de primas para la cobertura de seguro relacionada con el Plan de manera CORRECTA, o (2) modificar, enmendar o finalizar el Plan de manera CORRECTA: o
- Información sobre si una persona participa en el Plan de manera CORRECTA.

Usos y divulgaciones que requieren una oportunidad para que usted acepte u objete. El Plan de manera CORRECTA puede usar o divulgar su PHI en las siguientes situaciones en las que se le ha informado por adelantado sobre el uso o divulgación y puede aceptar, prohibir o restringir el uso o divulgación de acuerdo con las reglas de privacidad de HIPAA:

- Divulgación a su familiar, otro pariente o un amigo cercano (o cualquier persona que identifique) de PHI directamente relevante a la participación de la persona en su atención o pago relacionado con su atención; o
- Divulgación de PHI para notificar o ayudar en la notificación (incluida la identificación o ubicación) de su familiar, un representante personal (u otra persona responsable de su cuidado) de su ubicación, condición general o muerte.

Requisitos cuando está presente. Si está presente o está disponible de alguna otra forma antes de un uso o

divulgación especificada anteriormente, el Plan de manera CORRECTA debe:

- Obtener su consentimiento;
- Brindarle la oportunidad de objetar la divulgación y determinar que no expresa una objeción; or
- Inferir razonablemente a partir de las circunstancias, con base en el ejercicio del juicio profesional, no se opone a la divulgación.

Requisitos cuando no está presente. Si no está presente, o la oportunidad de aceptar u objetar el uso o divulgación no se puede proporcionar de manera práctica debido a su capacidad o una circunstancia de emergencia, el Plan de manera CORRECTA puede, en el ejercicio del juicio profesional, determinar (y hacer inferencias razonables) en cuanto a) si la divulgación es en su mejor interés y, de ser así, divulgue solo la PHI directamente relevante a la participación de la persona en su atención médica.

Propósitos de alivio de desastres. El Plan de manera CORRECTA puede usar o divulgar PHI a una entidad pública o privada autorizada por la ley o por sus estatutos para ayudar en los esfuerzos de ayuda en caso de desastres, con el propósito de coordinar con dichos grupos los usos o divulgaciones especificados en esta Sección. Los requisitos de esta Sección se aplicarán en la medida en que el Plan de manera CORRECTA, en el ejercicio del juicio profesional, determine que los requisitos no interfieren con la capacidad de responder a las circunstancias de emergencia.

Otras circunstancias especiales. El Plan de manera CORRECTA puede usar o divulgar PHI en la medida en que el uso o divulgación sea requerido por la ley y cumpla y se limite a los requisitos relevantes de la ley, como investigar o determinar si el Plan de manera CORRECTA cumple con HIPAA reglas de privacidad. El Plan de manera CORRECTA también puede divulgar PHI de la siguiente manera:

- **Salud pública.** Para actividades de salud pública, incluida la divulgación a (1) una autoridad de salud pública autorizada por ley para recopilar información para prevenir o controlar enfermedades o realizar vigilancia de salud pública, (2) una autoridad de salud pública facultada por ley para recibir informes de abuso o

negligencia infantil, (3) bajo ciertas circunstancias, una persona sujeta a la jurisdicción de la Administración de Drogas y Alimentos (FDA), (4) una persona expuesta a una enfermedad contagiosa, o (5) en ciertas circunstancias, un empleador con respecto al lugar de trabajo, vigilancia médica relacionada ocupaciones.

- **Seguridad Pública.** A una autoridad gubernamental autorizada cuando el Plan de manera CORRECTA cree razonablemente que usted es víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica, o en la medida necesaria para evitar una amenaza grave e inminente para la salud y la seguridad..
- **Supervisión de salud.** Para actividades de supervisión de la salud autorizadas por la ley, como auditorías de fraude o abuso, investigaciones y procedimientos civiles, administrativos o penales (a menos que la actividad no surja y no esté directamente relacionada con la recepción de atención médica o la calificación para beneficios de salud pública).
- **Procedimientos judiciales / administrativos.** Para procedimientos judiciales y administrativos, como responder a una orden judicial, citación, solicitud de descubrimiento u otro proceso legal, cuando se cumplen ciertas condiciones.
- **Cumplimiento de la ley.** Para fines de cumplimiento de la ley a un funcionario de cumplimiento de la ley, siempre que la parte solicitante deba cumplir con ciertos requisitos de la Regla de Privacidad de HIPAA cuando se divulgue la PHI para fines de identificación y ubicación.
- **Muerte.** Para ciertos usos y divulgaciones a médicos forenses, examinadores médicos y directores de funerarias relacionados con fallecidos, sujeto a las limitaciones específicas de las reglas de privacidad de HIPAA,
- **Donación de Organos.** A organizaciones de obtención de órganos, en relación con órganos, ojos o tejidos cadavéricos para fines de donación.
- **Investigación.** Para fines de investigación, siempre que una Junta de Revisión Institucional o una junta de privacidad apruebe la exención de

autorización individual requerida bajo las reglas de privacidad de HIPAA y se cumplan ciertas otras condiciones.

- **Seguridad militar y nacional.** Para funciones gubernamentales especializadas, como la separación o el alta del ejército, para determinar la elegibilidad para veteranos · beneficios de salud, seguridad nacional o actividades legales de inteligencia, o para servicios de protección.
- **Compensación de trabajadores.** En la medida necesaria para cumplir con la compensación de trabajadores u otros programas similares establecidos por ley.

LOS DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL PLAN

Autorización. Salvo que se indique lo contrario en este Aviso, el Plan de manera CORRECTA solo hará usos y divulgaciones de su PHI con su autorización válida por escrito. Tiene derecho a revocar esta autorización en cualquier momento, siempre que su revocación se haga por escrito a la Persona de contacto que figura al final de este Aviso. Su revocación no afectará ningún uso o divulgación permitida por su autorización mientras estuvo vigente. Sin embargo, dicha revocación puede afectar la capacidad del Plan de manera CORRECTA para investigar y pagar su reclamo de beneficios.

Aviso. La ley exige que el Plan de manera CORRECTA mantenga la privacidad de la PHI y le proporcione este Aviso de sus obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a la PHI. El Plan de manera CORRECTA se requiere que cumpla con los términos de la Notificación actualmente en vigencia y no utilizará ni divulgará la PHI de manera inconsistente con esta Notificación. Sin embargo, el Plan de manera CORRECTA se reserva el derecho de cambiar los términos de este Aviso y hacer que las nuevas disposiciones del Aviso sean efectivas para toda la PHI que mantiene. El Plan de manera CORRECTA puede proporcionar este Aviso revisado distribuyendo materiales de beneficios enmendados, distribuyendo un resumen de modificaciones materiales al SPD del Plan de manera CORRECTA o proporcionando el Aviso como un documento separado.

Mínimo Necesario. Al usar o divulgar PHI o al solicitar PHI, el Plan de manera CORRECTA hará todos los esfuerzos razonables para limitar la PHI al mínimo necesario para lograr el propósito previsto del uso, divulgación o solicitud. Sin embargo, este requisito mínimo necesario no se aplicará a:

- Divulgaciones o solicitudes de tratamiento de un proveedor de atención médica.;
- Usos o divulgaciones permitidos o requeridos hechos a usted, o usos o divulgaciones realizados de acuerdo con una autorización escrita válida de usted;
- Divulgaciones requeridas hechas al Departamento de Salud y Servicios Humanos; y/o
- Usos o divulgaciones requeridos por la ley, incluido el cumplimiento de las Reglas de privacidad de HIPAA.

Restricciones acordadas. Si usted y el Plan de manera CORRECTA aceptan una restricción de su PHI, el Plan de manera CORRECTA no puede usar ni divulgar su PHI en violación de la restricción, excepto en la medida limitada que la PHI restringida sea necesaria para brindarle atención de emergencia y salud. El proveedor de atención médica que brinda atención de emergencia acuerda no utilizar ni divulgar más la PHI. Es posible que usted y el Plan de manera CORRECTA no acepten restricciones con respecto a:

- Divulgaciones requeridas para usted, según lo especificado en las Reglas de privacidad de HIPAA; o
- Usos y divulgaciones requeridos o permitidos según la norma de privacidad de HIPAA sin su autorización o acuerdo (consulte la sección de este Aviso titulada "Otras circunstancias especiales").

Información desidentificada. El Plan de manera CORRECTA puede usar PHI para crear información que no sea información de salud identificable individualmente ("información anonimizada") o divulgar PHI solo a un Asociado Comercial para ese propósito, independientemente de si el Plan de manera CORRECTA utilizará la información desidentificada. Las Reglas de privacidad de HIPAA no se aplican a la información no identificada que cumple con las

especificaciones estándar y de implementación de las reglas de privacidad de HIPAA, a menos que:

- El Plan de manera CORRECTA revela un código u otro medio de identificación de registros diseñado para permitir que la información no identificada se vuelva a identificar: o
- la información no identificada se reidentifica de otra manera,

Socios de negocio. Un "Asociado comercial" es generalmente un tercero que proporciona ciertos servicios a nombre del Plan de manera CORRECTA (como servicios de administración de reclamos, facturación, legal, actuarial, contabilidad, consultoría, agregación de datos, etc.) y los servicios involucran El uso o divulgación de la PHI. El Plan de manera CORRECTA puede divulgar PHI a un Asociado Comercial y puede permitir que un Asociado Comercial cree o reciba PHI en su nombre, si el Plan de manera CORRECTA obtiene una garantía satisfactoria de que el Asociado Comercial salvaguardará adecuadamente la PHI. El Plan documentará estas garantías satisfactorias a través de un contrato escrito u otro acuerdo escrito con el Asociado Comercial y debe garantizar que estas garantías satisfactorias satisfagan las Reglas de Privacidad de HIPAA que se aplican a las comunicaciones de los Asociados Comerciales. Sin embargo, este requisito no se aplicará:

- Si el Plan de manera CORRECTA revela PHI a un proveedor de atención médica con respecto a su tratamiento: y / o
- Si el Plan de manera CORRECTA divulga PHI a la Compañía en su calidad de patrocinador del Plan de manera CORRECTA, siempre que el Plan de manera CORRECTA cumpla con los requisitos para estas divulgaciones.

Representantes personales. A los fines de usar y divulgar su PHI, el Plan de manera CORRECTA debe tratar a su representante personal como si fuera usted, de conformidad con las Reglas de privacidad de HIPAA. Se requerirá que su representante personal presente evidencia de su autoridad para actuar en su nombre (por ejemplo, una orden judicial de nombramiento o un poder notarial) antes de que esa persona tenga acceso a su PHI o se le permita tomar

acción para ti el Plan de manera CORRECTA conserva la discreción de negar el acceso a su PHI a un representante personal.

Otros usos y divulgaciones. Un miembro de la fuerza laboral del Plan de manera CORRECTA puede divulgar su PHI si el miembro de la fuerza laboral es un "denunciante" o víctima de un delito, siempre que estas divulgaciones se realicen de acuerdo con los estándares de las reglas de privacidad de HIPAA.

SUS DERECHOS

Derechos de las personas con respecto a la PHI. Tiene derecho a solicitar restricciones en los usos y divulgaciones de la Información de salud protegida (PHI) para llevar a cabo tratamientos, pagos u operaciones de atención médica. Sin embargo, el Plan de manera CORRECTA no está obligado a aceptar una restricción..

Comunicaciones alternativas. Tiene derecho a solicitar que el Plan de manera CORRECTA le comunique su PHI por medios alternativos o en ubicaciones alternativas, si declara claramente que la divulgación de toda o parte de esa información por medios regulares podría ponerlo en peligro. Estas solicitudes deben ser razonables y pueden estar condicionadas a que usted proporcione, cuando corresponda, información sobre cómo se manejará el pago, si corresponde, y la especificación de una dirección alternativa u otro método de contacto.

Acceso. Tiene derecho a inspeccionar y copiar su PHI. El Plan de manera CORRECTA mantiene las actividades de "pago" como se describe en la Sección de este Aviso titulada "Tratamiento, pago y operaciones de atención médica", sujeto a ciertas excepciones especificadas en las Reglas de privacidad de HIPAA. Si solicita copias, el Plan de manera CORRECTA puede cobrarle una tarifa razonable por ubicar, copiar y enviarle su PHI por correo.

Enmiendas. Tiene derecho a enmendar y corregir su PHI y cualquier enmienda acordada se adjuntará o incluirá en sus registros de PHI. Sin embargo, su solicitud de enmienda puede ser denegada si la PHI está sujeta a su solicitud:

- No fue creado por el Plan de manera CORRECTA, a menos que proporcione una base razonable para creer que el creador de la PHI ya no puede realizar la modificación solicitada;
- No es parte de su PHI que el Plan de manera CORRECTA mantiene para actividades de "pago"; o
- Ya es precisa y completa.

Contabilidad. Tiene derecho a recibir un informe de las divulgaciones de su PHI realizadas por el Plan de manera CORRECTA dentro de los seis (6) años anteriores a la fecha de su solicitud, a excepción de las divulgaciones:

- Que se aplican a las operaciones de tratamiento, pago y atención médica del Plan de manera CORRECTA;
- Hecho para usted o realizado de conformidad con una autorización válida por escrito;
- Que ocurrieron antes de la fecha de vigencia de este aviso;
- Como parte de un conjunto de datos limitado, según lo dispuesto en las reglas de privacidad de HIPAA;
- Para propósitos de seguridad nacional o inteligencia según lo dispuesto por la ley;
- A instituciones correccionales u otros funcionarios encargados de hacer cumplir la ley según lo permiten las reglas de privacidad de HIPAA o
- Incidental a un uso o divulgación requerido o permitido por las reglas de Privacidad de HIPAA.

Si solicita más de un informe dentro de un período de 12 meses, el Plan de manera CORRECTA le cobrará una tarifa razonable basada en el costo por cada informe posterior que solicite.

Copia de este aviso. Usted tiene derecho a obtener una copia impresa de este Aviso previa solicitud, incluidas las personas que aceptan recibir este Aviso electrónicamente.

Quejas. Puede presentar una queja ante el Plan de manera CORRECTA o la Secretaría de Salud de

Servicios Humanos si cree que se han violado sus derechos de privacidad. No se tomarán represalias contra usted por presentar una queja.

Ejerciendo sus derechos. Usted o su representante personal pueden ejercer cualquiera de sus derechos especificados en esta Sección enviando una solicitud por escrito a la Persona de contacto que figura al final de este Aviso. Recibirá una respuesta a su solicitud dentro de los 30 días, sujeto a una extensión de 30 días. Si su solicitud es denegada en su totalidad o en parte, el Plan de manera CORRECTA le proporcionará una denegación por escrito explicando la base de la denegación. Si no está de acuerdo con una denegación de su solicitud o queja, puede proporcionar una declaración por escrito a la Persona de contacto y / o tomar cualquier otra medida prevista en este Aviso o por ley

PERSONA DE CONTACTO.

Para obtener más información sobre el Plan de manera CORRECTA, el Plan de resolución de disputas de manera CORRECTA o el arbitraje obligatorio, comuníquese con su empleador.

INFORMACIÓN DEL CONTACTO.

La información de contacto para el empleador y el Plan de manera CORRECTA se establecen en el Acuerdo de adopción.

DETALLES DEL PLAN DE RESOLUCIÓN DE DISPUTAS DE MANERA CORRECTA



LA MANERA CORRECTA

ARBITRAJE VINCULANTE DE CIERTAS DISPUTAS

El operador propietario de McDonald's ("Empleador") en el restaurante McDonald's donde usted ("Empleado") trabaja cree en hacer las cosas DE LA MANERA CORRECTA, incluso cuando sirve a los clientes, prepara alimentos y trabaja con los empleados. Esto es especialmente cierto cuando se trata de seguridad en el lugar de trabajo. Estamos comprometidos a proporcionar un lugar seguro para trabajar y eliminar las prácticas y condiciones inseguras en nuestro restaurante. Se necesita la cooperación y asistencia de cada empleado para lograr este objetivo.

Sin embargo, a veces, a pesar de los mejores esfuerzos, ocurren accidentes y alguien se lastima. Por lo general, es solo un corte o hematoma menor, pero ocasionalmente es una lesión más grave. Si esto sucede, su empleador se compromete a pagar los beneficios de reemplazo médico y salarial como se describe en el Plan de manera CORRECTA. En ocasiones, puede surgir un desacuerdo o disputa con respecto a un "Reclamo cubierto" como se define a continuación (que incluye reclamos o disputas de cualquier manera relacionada con (a) el Plan de manera CORRECTA, (b) una lesión o enfermedad ocupacional, (c) un Accidente o lesión, y / o (d) muerte causada por una lesión o enfermedad ocupacional o un accidente o lesión).

RESOLVER PROBLEMAS DE LA MANERA CORRECTA

Creemos que la mejor manera de resolver disputas relacionadas con un Reclamo cubierto es resolverlos juntos. Llevar los problemas a los tribunales puede ser un proceso largo y costoso para el Empleado y / o el Empleador.

Entonces, el empleador desarrolló el **Plan de resolución de disputas de la manera CORRECTA**. Es un proceso obligatorio de dos pasos para resolver disputas relacionadas con un reclamo cubierto. **El Plan de resolución de disputas de la manera CORRECTA** está diseñado para obtener resultados **de la manera CORRECTA**.

ARBITRAJE OBLIGATORIO

El empleador ha adoptado una política obligatoria del empleador como se establece en este Plan de resolución de disputas de la manera correcta que requiere un arbitraje individual, final y vinculante de los reclamos cubiertos. El Plan de resolución de disputas de manera CORRECTA y sus procedimientos obligatorios entraron en vigencia originalmente en la "Fecha de entrada en vigencia" establecida en el Acuerdo de adopción. Esta política del empleador es la forma requerida y exclusiva de resolver todos

los reclamos cubiertos. Los tipos de reclamos cubiertos por el programa y los procedimientos de arbitraje vinculantes se explican a continuación.

El Plan de resolución de disputas de manera CORRECTA, incluidos sus componentes de arbitraje vinculantes, es un elemento esencial de la relación laboral del Empleado con el Empleador y es una condición obligatoria del empleo del Empleado con el Empleador. El Empleado y cada Beneficiario aceptan y aceptan el Plan de resolución de disputas de manera CORRECTA por parte del Empleado que recibe una copia de este folleto del plan y / o el Empleado se convierte en empleado y / o continúa el empleo del Empleado con el Empleador en cualquier momento a partir de la Fecha de entrada en vigencia.

Aunque se requiere que el Empleado firme "La Aceptación del Plan de manera CORRECTA" y el "Reconocimiento y Consentimiento de Recibo y Arbitraje", ni la firma del Empleado ni de ningún Beneficiario ni ningún otro acuerdo por escrito con el Plan de manera CORRECTA son necesarios para que el Plan de resolución de disputas de manera CORRECTA pueda aplicarse y para el siguiente proceso de dos pasos para aplicar al Empleado, Beneficiarios y Empleador en cualquier Reclamo cubierto.

Cada Parte debe utilizar los procesos establecidos en el Plan de resolución de disputas de manera CORRECTA, incluido el arbitraje vinculante, en lugar de una sala de audiencias para resolver todas las Reclamos cubiertos que surjan en la Fecha de vigencia o después. Este Plan actualizado de resolución de disputas de manera CORRECTA también se aplica a las Reclamos cubiertas relacionadas con asuntos que ocurran antes de la Fecha de entrada en vigencia si alguna de las Partes no ha planteado el asunto antes de dicha fecha

según las reglas del Plan de resolución de disputas de manera CORRECTA tal como existían antes de la Fecha de vigencia o de otra manera presentó una acción legal en un tribunal o con una agencia gubernamental.

RENUNCIA DE JURADO / JUICIO CON JUEZ EMPLEADO, EMPLEADOR Y CADA BENEFICIARIO INCIDENTALMENTE RENUNCIA A SU RESPECTIVO DERECHO A UN JUICIO O PRUEBA DE BANCO DE CUALQUIER RECLAMO CUBIERTO. EMPLEADO, EMPLEADOR Y CADA BENEFICIARIO RECONOCE EL DERECHO A UN JUICIO CON JURADO ES UN DERECHO CONSTITUCIONAL, Y CADA ACUERDO ESTE EXENCIÓN DE JUICIO JURADO Y BANCO HA SIDO INSCRITO EN CONOCIMIENTOS Y VOLUNTARIAMENTE Y NINGUNA FUERA DE NINGUNA DURACIÓN. CADA PARTE ACEPTA LA RENUNCIA AL DERECHO DE TENER CUALQUIER RECLAMO CUBIERTO DECIDIDO POR UN JUEZ O JURADO, Y ACEPTA QUE TODAS LOS RECLAMOS SERÁN DECIDIDOS POR UN ÁRBITRO SEGÚN LO ESTABLECIDO EN EL PLAN DE RESOLUCIÓN DE DISPUTAS DE MANERA CORRECTA.

AVISO SUFICIENTE. EL EMPLEADOR, EL EMPLEADO Y CADA BENEFICIARIO ACEPTAN EL RECIBO DEL PLAN DE MANERA CORRECTA, LA DESCRIPCIÓN DEL PLAN RESUMIDA DE LESIONES LABORALES DE MANERA CORRECTA Y / O EL PLAN DE RESOLUCIÓN DE DISPUTAS DE MANERA CORRECTA CONSTITUYE AVISO LEGALMENTE SUFICIENTE AL EMPLEADO Y CADA BENEFICIARIO DEL ACUERDO DEL PLAN DE MANERA CORRECTA Y ESTA ESTABLECIDO EN EL PLAN DE RESOLUCIÓN DE DISPUTAS DE MANERA CORRECTA.

AUNQUE SE REQUIERE QUE EL EMPLEADO FIRME LA "ACEPTACIÓN DEL PLAN DE MANERA CORRECTA" Y EL "RECONOCIMIENTO Y CONSENTIMIENTO DE RECEPCIÓN Y ARBITRAJE", NINGUNA FIRMA DEL EMPLEADO O CUALQUIER BENEFICIARIO NI NINGÚN OTRO ACUERDO ESCRITO DEL PLAN DE RESOLUCIÓN DE DISPUTAS DE MANERA CORRECTA ES NECESARIO PARA APLICAR EL PLAN DE RESOLUCIÓN DE DISPUTAS DE MANERA CORRECTA. EL EMPLEO CONTINUO DEL EMPLEADO CON EL EMPLEADOR CONSTITUYE EL AVISO Y LA ACEPTACIÓN DEL PLAN DE RESOLUCIÓN DE DISPUTAS DE MANERA CORRECTA Y SUS DISPOSICIONES OBLIGATORIAS DE ARBITRAJE VINCULANTE.

Obteniendo las respuestas correctas a los problemas.

El Plan de resolución de disputas de manera CORRECTA se aplica a las disputas que cualquier Parte tenga en relación con un Reclamo cubierto. Los problemas que el Empleado pueda tener con el horario de trabajo del Empleado, la asignación de trabajo del Empleado, uniformes, disputas con compañeros de trabajo, problemas de acoso u otros asuntos similares deben resolverse con el supervisor del Empleado o el gerente del restaurante o el dueño del restaurante. El Plan de resolución de disputas de la manera CORRECTA no se aplicará a este tipo de problemas (los problemas adicionales no cubiertos por el Plan de resolución de disputas de la manera CORRECTA se enumeran en este folleto).

Los pasos CORRECTOS.

Resolver problemas o disputas relacionadas con Reclamos cubiertas de la manera CORRECTA requiere que cada Parte use el siguiente proceso de dos pasos:

1) **Comunicación**

2) **Arbitraje vinculante**

Paso 1. Comunicación.

Muchas veces, surgen problemas debido a malentendidos o falta de comunicación. Por lo general, estos problemas se pueden resolver hablando individualmente con su supervisor o gerente del restaurante. En el Paso 1, hable con su supervisor o gerente sobre cualquier disputa relacionada con un Reclamo cubierto. Para asegurarse de que ambas partes se entiendan, el Empleador designará un traductor para ayudar cuando sea apropiado. El empleador comprende que algunos problemas son muy delicados y hará todo lo posible para mantener sus inquietudes confidenciales siempre que sea posible.

Paso 2. Arbitraje obligatorio.

Resolver ciertas Reclamos Cubiertas puede requerir una decisión vinculante de una persona no afiliada a ninguna Parte; Una persona que conoce la ley y tiene la experiencia para hacer juicios sabios y justos. El Arbitraje obligatorio es un proceso en el que las Partes acuerdan que una sola persona imparcial (un árbitro) tome una decisión final y vinculante que cada Parte debe cumplir. El árbitro será elegido por las Partes. Sujeto a la aprobación del árbitro, las Partes también pueden acordar las reglas de procedimiento para el proceso de arbitraje vinculante. Si las Partes no pueden ponerse de acuerdo sobre un árbitro, entonces la Parte que busca un arbitraje vinculante debe presentar una solicitud de arbitraje vinculante ante la Asociación Americana de Arbitraje ("AAA"). Si las Partes no pueden ponerse de acuerdo sobre las reglas de procedimiento para el proceso de arbitraje vinculante, independientemente del árbitro, entonces las reglas de procedimiento serán las reglas de arbitraje de AAA para el empleo.

El árbitro es como un juez. Él o ella escucha atentamente la información que presenta cada

Parte y luego decide sobre el reclamo y decide sobre cualquier laudo que el árbitro considere apropiado. El arbitraje obligatorio es un proceso formal que se rige por normas y estándares legales. El objetivo del arbitraje vinculante es resolver los problemas de manera rápida y justa, mientras se intenta mantener la relación entre Empleado y Empleador.

Así es como funciona el proceso de arbitraje vinculante:

➔ **Solicitar arbitraje vinculante.** Cualquiera de las Partes puede solicitar un arbitraje vinculante completando un formulario de "Solicitud de arbitraje vinculante" (disponible en el sitio web de la AAA) y proporcionando a la otra Parte una copia de dicha Solicitud. Las Partes pueden intentar seleccionar un árbitro e intentar acordar el reglas de procedimiento para el proceso de arbitraje vinculante. Si las Partes no pueden ponerse de acuerdo sobre un Árbitro, entonces la Parte que solicita el arbitraje vinculante debe enviar la Solicitud de Arbitraje vinculante a la AAA y enviar una copia a la otra Parte.

➔ **Elegir un árbitro.** Una vez que la AAA recibe una solicitud, enviará al Empleado y al Empleador una lista de árbitros con una breve biografía de cada uno. Para todos los procedimientos de arbitraje vinculantes, independientemente de la ubicación de la disputa, las partes seleccionarán y utilizarán conjuntamente un árbitro de un panel de árbitros de la AAA ubicado en Dallas, Texas o Houston, Texas. Luego, cada Parte deberá eliminar los nombres de los árbitros que la Parte no quiere escuchar el caso y enumerar los árbitros restantes en orden de preferencia. Luego, las Partes deben devolver la lista a la AAA, y la AAA asignará un árbitro.

➔ **Arbitraje vinculante individual y separado.** El arbitraje vinculante bajo el Plan de resolución de disputas de manera CORRECTA es de los reclamos de cada empleado por separado.

Las reclamos relativas a diferentes empleados deben ser escuchadas en procedimientos separados. Las Partes acuerdan renunciar a cualquier derecho a un arbitraje de acción de clase y acuerdan que el arbitraje de clase está prohibido para todas los Reclamos Cubiertos. Si el empleado tiene más de una lesión, las partes pueden acordar arbitrar dichas lesiones en un arbitraje vinculante.

➔ **Pagar la tarifa de presentación y las tarifas de arbitraje.** Si el Empleado inicia el proceso de arbitraje vinculante (o, si cualquiera de las Partes impugna este proceso o cuando el arbitraje es obligado por orden judicial), el Empleado debe pagar \$ 200.00 de la tarifa de presentación evaluada por el árbitro elegido por las Partes o por la AAA. El empleador pagará el resto de dicha tarifa de presentación. Si el Empleador inicia el arbitraje vinculante, el Empleador pagará la tarifa de presentación completa.

El árbitro también cobra una tarifa por su tiempo, y también puede haber otros gastos administrativos pagaderos al árbitro o a la AAA. El empleador pagará la tarifa completa del árbitro y cualquier otro gasto administrativo; siempre que, sin embargo, el Empleado pueda optar por pagar también hasta la mitad de estos honorarios y gastos, si el Empleado decide hacerlo.

La única razón por la que el Empleador paga más de estos gastos es para que sea menos costoso para el Empleado. Debido a que el árbitro es neutral, su decisión no se verá afectada por quién paga una mayor parte del gasto. De hecho, es posible que el árbitro ni siquiera sepa cómo se dividen las cantidades pagadas entre las partes.

Si el árbitro dictamina a favor del Empleado en todos los reclamos, el Empleador reembolsará al Empleado por cualquier tarifa de presentación o arbitraje o gasto administrativo pagado por el Empleado.

➔ **Asistir a la audiencia.** El árbitro o la AAA notificarán a las Partes el lugar, la fecha y la hora de la audiencia. La ubicación de cada procedimiento de arbitraje vinculante se establecerá a nivel regional y dependerá de la ubicación geográfica del empleo del Empleado. Durante la audiencia, cada Parte puede presentar los hechos. Cualquiera de las Partes puede optar por contratar a un abogado para participar con ellos en la audiencia. Si lo hacen, la Parte que contrate al abogado será responsable de pagar los honorarios y gastos cobrados por el abogado de dicha Parte.

➔ **Se toma una decisión.** Con base en los hechos presentados, el árbitro tomará una decisión final y vinculante. Si el Empleado gana, el árbitro puede otorgarle al Empleado todo lo que el Empleado podría haber recibido de un tribunal de justicia..

Por qué el arbitraje vinculante es la MEJOR opción.

El arbitraje vinculante ofrece varias ventajas tanto para el empleado como para el empleador:

- 1) **Menos para los abogados y más para el Empleado.** Ninguna de las partes debe tener un abogado para iniciar un arbitraje vinculante. Al no tener un abogado, el Empleado no tendrá que compartir con un abogado ningún premio que el Empleado reciba de un árbitro. Si se lo contrata por "contingencia", lo que significa que los honorarios del abogado son un cierto porcentaje de cualquier monto que se le otorgue a un Empleado, el abogado generalmente recibe del 33% al 50% del monto de cualquier adjudicación o acuerdo.
- 2) **Derechos protegidos.** El arbitraje vinculante ofrece protecciones similares a las de un tribunal. El empleado mantiene el derecho legal de reclamar daños y perjuicios. Es solo el proceso y el lugar que cambia de un juicio

largo y costoso a una resolución más rápida con un árbitro justo y experimentado. El árbitro, al igual que un juez o un jurado, puede otorgarle al Empleado cualquier cosa que el Empleado pueda intentar recuperar a través de un tribunal.

- 3) **Decisiones rápidas.** Cuando un problema se lleva a los tribunales, puede llevar años resolverlo. Pero con un arbitraje vinculante, las decisiones a menudo se pueden tomar en solo un par de meses.
- 4) **Decisiones justas.** Los tribunales escuchan todo tipo de casos, desde accidentes automovilísticos hasta divorcios. Los jueces y jurados no se especializan en resolver problemas de empleo, pero los árbitros sí. Además, el árbitro es objetivo y no tiene ninguna relación con el empleador o el empleado.
- 5) **Mejores relaciones.** El arbitraje obligatorio es menos formal que un juicio en un tribunal y enfatiza un intercambio de información directo y abierto. Por esta razón, es mucho más probable preservar la relación laboral que un juicio, que a menudo dibuja líneas de batalla claras y cierra las líneas de comunicación.

Dirección AAA:

La dirección AAA actual es:

Asociación Americana de Arbitraje (AAA)
A la atención de: Administrador regional de reclamos
13727 Noel Road, Suite 700
Dallas, TX 75240

Confirme la dirección AAA antes de enviar cualquier correspondencia a la dirección anterior.

¿Qué debe hacer un empleado?

Los Empleados actuales a partir de la Fecha de entrada en vigencia, y los Empleados contratados en la Fecha de entrada en vigencia, estarán cubiertos automáticamente por el Plan de resolución de disputas de manera CORRECTA, tal como se actualiza en este documento. Guarde este folleto para sus registros.

Es importante que el Empleado entienda que la aceptación del Empleado o el empleo continuo con el Empleador constituye la aceptación por parte del Empleado y de cada uno de los Beneficiarios del Empleado del Plan de resolución de disputas de manera CORRECTA. El Plan de resolución de disputas de manera CORRECTA es una condición del empleo del Empleado con el Empleador y es el único método para resolver Reclamos cubiertos. Este programa actualizado entra en vigencia para todos los Empleados y Empleadores a partir de la Fecha de entrada en vigencia establecida en el Acuerdo de adopción.

Información para padres y tutores.

Si el empleado no está casado y tiene menos de 18 años, el empleador reconoce que los padres o tutores legales del empleado estarán interesados en este programa y estarán involucrados en la decisión del empleado de trabajar para el empleador. Entonces, el Empleador quiere que los padres o tutores legales del Empleado sean informados sobre este programa y cómo afecta al Empleado. **Es responsabilidad del Empleado proporcionar este folleto a los padres o tutores legales del Empleado y / o a cualquier Beneficiario para que ellos también comprendan el Plan de resolución de disputas de manera CORRECTA.**

DEFINICIONES

Las definiciones establecidas en el Plan de manera CORRECTA, en la Descripción del plan resumida de lesiones laborales de manera CORRECTA y en el Plan de resolución de disputas de manera

CORRECTA se aplican en el Plan de resolución de disputas de manera CORRECTA:

"Empleado "significa una persona que está empleada en el negocio regular de, está bajo la dirección y el control de, y recibe su pago de forma regular por medio de un salario, comisión o salario directamente de un Empleador, y no incluye un independiente contratista o agente de un tercero. Dicho término incluye solo aquellos Empleados que, bajo la dirección de un Empleador, trabajen en el Estado de Texas en los negocios regulares del Empleador, incluidos aquellos Empleados que trabajan temporalmente fuera del Estado de Texas pero bajo la dirección y control de y en el negocio regular de Empleador. Sin perjuicio de lo anterior, bajo ninguna circunstancia el término "Empleado" incluirá (a) un contratista independiente, (b) un agente externo, (c) un empleado de un contratista independiente o agente externo, o (d) persona enviada o proporcionada a la Compañía o al Empleador por una Compañía de Servicios de Arrendamiento de Personal o una Organización de Empleadores Profesionales o un Empleador Común Temporal u otra entidad de arrendamiento de personal a menos que dicha Compañía de Servicios de Arrendamiento de Personal u Organización de Empleadores Profesionales u Empleador Común Temporal u otro arrendamiento de personal La empresa o el propietario son los propietarios y / u operadores de la entidad.

"Empleador" significa la Compañía y cualquier otro negocio o negocio incorporado o no incorporado que sea miembro de un grupo de control (en el sentido de la Sección 3 (40) de ERISA) respecto del cual la Compañía también es miembro y que adopta este mismo Plan completando la Sección A solo de un Acuerdo de Adopción separado con el consentimiento por escrito de la Compañía.

"Compañía" significa el empleador patrocinador principal que firma un Acuerdo de Adopción, o cualquier sucesor del mismo..

“Beneficiario” o “Beneficiarios” significa e incluye un Cónyuge, cónyuge del mismo sexo o pareja doméstica y todos los hijos naturales o adoptados, padres, herederos, representantes legales, tutores, próximos amigos, cesionarios y / o cualquier persona que reclame por, a través o por debajo de un Empleado / Participante. Para los propósitos de esta definición; (a) "Cónyuge" significa la persona del sexo opuesto del Participante que está legalmente casada con el Participante según lo reconocido por un certificado de matrimonio emitido bajo las leyes del Estado de Texas o una autoridad gubernamental similar, o por un decreto judicial común matrimonio legal (obtenido a iniciativa y gasto exclusivo de dicha persona); (b) "Cónyuge del mismo sexo" significa una persona del mismo género que el participante cuyo matrimonio se realizó en una jurisdicción que reconoce el matrimonio del mismo sexo; (c) "Compañero Doméstico" significa el Compañero Doméstico del Participante en el cual la pareja es una relación del mismo sexo donde: (i) cada pareja tiene 18 años o más; (ii) los socios son financieramente interdependientes; (iii) cada socio es legalmente competente para celebrar contratos; (iv) los socios mantienen una relación comprometida; (v) los socios han vivido juntos durante al menos doce meses antes de la fecha de la Lesión del Empleado; (vi) ninguno de los cónyuges está casado, está legalmente separado o tiene otro compañero doméstico en la fecha de la Lesión del Empleado; y (vii) las parejas no son parientes consanguíneos en un grado más cercano de lo permitido para el matrimonio en el estado de Texas.

“Parte” o “Partes” significa Empleador, Empleado y / o cada Beneficiario.

"Plan" significa el plan de lesiones laborales establecido o continuado por el Empleador.

REGLAS DEL PROGRAMA DEL PLAN DE RESOLUCIÓN DE DISPUTAS DE MANERA CORRECTA

Además de las reglas establecidas anteriormente, aquí hay algunos detalles más:

- 1) Reclamos cubiertos. Los reclamos y disputas cubiertos por el Plan de resolución de disputas de manera CORRECTA (“Reclamos cubiertos”) incluyen solo aquellas disputas que: (a) conciernen o se relacionan con el Plan de manera CORRECTA; (b) cualquier Empleado o Beneficiario puede tener ahora o en el futuro contra el Empleador o contra sus funcionarios, directores, accionistas, empleados, agentes, afiliados, subsidiarias, representantes, sucesores o cesionarios pasados, presentes o futuros, en su forma personal u oficial capacidad, o en contra del Plan de manera CORRECTA o cualquier persona o entidad involucrada en la administración del Plan de manera CORRECTA, y (c) cualquier reclamo que el Empleador pueda tener ahora o en el futuro contra el Empleado. Esto incluso se aplica a las reclamos relacionados con asuntos que ocurrieron antes de la Fecha de entrada en vigencia si no, antes de dicha fecha, se persigue según las reglas del Plan de resolución de disputas de manera CORRECTA tal como existían antes de la Fecha de entrada en vigencia o mediante la presentación de una acción en cualquier tribunal o agencia gubernamental.

Los reclamos cubiertos incluyen:

- A. Cualquier reclamo o disputa legal o equitativa relacionada con la ejecución o interpretación del Plan de manera CORRECTA;
- B. Cualquier reclamo o disputa legal o equitativa relacionada con la aplicación o

interpretación del Plan de resolución de disputas de manera CORRECTA;

- C.** Cualquier reclamo legal o equitativo por o con respecto al Empleado por cualquier forma de daño físico o psicológico, daño o muerte que se relacione con un Accidente, Lesión, enfermedad, enfermedad ocupacional o trauma acumulativo, incluidos, entre otros, reclamos o por negligencia, negligencia grave, negligencia per se, discriminación, asalto, agresión, angustia emocional, contratación negligente, retención negligente, descarga de represalia, entrenamiento negligente, supervisión negligente o violación de cualquier otra ley, estatuto o reglamento federal, estatal u otro gobierno común no penal u ordenanza en relación con una lesión relacionada con el trabajo, independientemente de si se reconoció la doctrina del derecho consuetudinario o si el estatuto, reglamento u ordenanza se promulgó antes o después de la Fecha de entrada en vigencia de este Plan actualizado;
- D.** D. Cualquier reclamo que un Beneficiario pueda haber surgido o relacionado con cualquier lesión o muerte sufrida por el Empleado durante el curso y el alcance del Empleo con el Empleador o que surja del empleo del Empleado con el Empleador.

Las Partes acuerdan cualquier disputa, asunto, controversia o reclamo que surja o se relacione de alguna manera con un Reclamo cubierto, el Plan de manera CORRECTA y / o el Plan de manera CORRECTA de resolución de disputas, incluidos, entre otros, aquellos relacionados con la formación, existencia, validez, arbitrabilidad, interpretación, aplicabilidad, aplicabilidad y / o incumplimiento del Plan de manera CORRECTA y / o el Plan de resolución de disputas de manera CORRECTA, cualquier problema de "puerta de enlace" no requerido específicamente por el estado de la ley federal para ser decidido por un tribunal, y todos los

asuntos relacionados a la arbitrabilidad procesal o sustantiva y / o la falta de imparcialidad procesal o sustantiva y / o la imparcialidad del Plan de manera CORRECTA o el Plan de resolución de disputas de manera CORRECTA serán resueltos exclusivamente por el árbitro.

El requisito de arbitraje vinculante bajo el Plan de resolución de disputas de la manera CORRECTA incluye todas los Reclamos cubiertos que un Empleado o Beneficiario tenga o pueda tener en el futuro contra un Empleador, sus funcionarios, directores, propietarios, empleados, agentes, representantes, subsidiarias, afiliados, sucesores o cesionarios. y / o el Plan de manera CORRECTA, el Administrador del Plan y / o el Administrador de reclamos (incluso si dicho reclamo se relaciona con asuntos que ocurrieron antes de la fecha de vigencia del Plan de resolución de disputas de manera CORRECTA si el Empleado no ha presentado antes una acción ante un tribunal o con una agencia gubernamental).

Este arbitraje vinculante será el único y exclusivo remedio para resolver cualquier reclamo cubierto. Se acuerda expresamente que el Empleado, los Beneficiarios y el Empleador NO tienen derecho a un juicio por un jurado o por el tribunal sobre ninguna Reclamación cubierta.

- 2)** Reclamos no cubiertos. Los reclamos o disputas no cubiertos por el Plan de resolución de disputas de manera CORRECTA incluyen:
- A.** Cualquier reclamo general relacionado con el empleo, que incluye, entre otros, salario, acoso, discriminación o cualquier reclamo de contrato o agravio que no esté relacionado con una lesión o enfermedad en el trabajo;

- B. Cualquier reclamo de un empleado relacionado con cualquier plan de beneficios para empleados sujeto a ERISA, que no sea un reclamo relacionado con el Plan de manera CORRECTA;
- C. Cualquier denuncia penal o procedimiento;
- D. Restitución por parte de un Empleado por un acto criminal por el cual el Empleado ha sido declarado culpable o se ha declarado culpable, sin concurso o *nolo contendere*;
- E. Cualquier reclamo por parte del Empleador de medidas cautelares u otras medidas equitativas por incumplimiento de contrato de un Empleado, violación de un pacto contra la competencia, competencia desleal o el uso o divulgación de secretos comerciales u otra información.

Ni el Empleado ni el Empleador tienen que presentar los puntos B.1) a B.2) anteriores al arbitraje vinculante bajo el Plan de resolución de disputas de manera CORRECTA.

PRESENTAR UNA DEMANDA NO PONE EL ESTATUTO DE LIMITACIONES

El Empleado y el Empleador acuerdan que la presentación de una demanda no afecta el estatuto de limitaciones aplicable para ninguna Reclamación cubierta, y el estatuto de limitaciones aplicable continúa vigente hasta que (a) El Empleado y el Empleador acuerden mutuamente aplicar el estatuto de limitaciones, o (b) El empleado y / o el empleador presentan una solicitud de arbitraje vinculante como se establece en este documento.

El Empleado y el Empleador acuerdan que si una solicitud de arbitraje vinculante de cualquier Reclamo Cubierto no se proporciona a la otra Parte o se presenta a AAA según lo dispuesto en el presente estatuto de limitaciones, el Empleado y / o el Empleador acuerdan que el estatuto de limitaciones prohíbe la recuperación en todos esos

reclamos cubiertos. El Empleado y / o Empleado renuncia al derecho de hacer valer o recuperarse bajo tales Reclamos Cubiertos, y dichos reclamos son nulos e inaplicables.

Si después de la expiración de la ley de prescripción aplicable, un tribunal o árbitro determina que la ley de prescripción aplicable no prohíbe ni impide que una Parte presente un Reclamo Cubierto, o dicho reclamo no es nulo o se considera renunciado, pero la parte está obligada a arbitrar, entonces la Parte obligada a arbitrar debe, dentro de los 30 días posteriores a dicha determinación, realizar una solicitud por escrito de arbitraje vinculante con respecto a dichos reclamos con la otra Parte o con la AAA, o todos esos reclamos serán nulos y se considerarán renunciados. Dicha notificación de la solicitud de arbitraje vinculante debe entregarse de la manera aquí descrita..

REQUISITO PRE-ARBITRAJE

El Plan de resolución de disputas de manera CORRECTA requiere que ambas partes agoten el primer paso del plan explicado en este folleto antes de presentar su reclamo a un arbitraje vinculante. Las únicas excepciones son (a) si es necesario presentar un arbitraje vinculante para evitar la expiración del estatuto de limitaciones aplicable, o (b) para reclamos bajo el Plan de manera CORRECTA, que pueden someterse directamente a un arbitraje vinculante después de agotar el Plan de manera CORRECTA. procedimientos administrativos de reclamos.

Cualquier Parte obligada por un tribunal a arbitrar debe hacer una solicitud por escrito de arbitraje vinculante con respecto a dichos reclamos y proporcionarla a la otra Parte o presentarla ante la AAA y notificar a todas las otras partes con treinta (30) días de dicha orden o El reclamo de la Parte será nulo y se considerará renunciado. Dicha notificación de la solicitud de arbitraje vinculante debe entregarse de la manera aquí descrita.

Notificación requerida de todos los reclamos.

Cuando cualquiera de las Partes busca un arbitraje vinculante, deben notificar por escrito cualquier reclamo a la otra Parte dentro del estatuto de limitaciones aplicable. El día de la ocurrencia se contará a los efectos de determinar el período aplicable. Si no se da dicho aviso, el reclamo será nulo y se considerará renunciado.

La Parte que solicita el arbitraje vinculante debe entregar a la otra Parte o enviar a la AAA a cargo del Administrador de Reclamos Regionales en la dirección actual de la AAA, un formulario de Solicitud de Arbitraje vinculante por escrito completado. La Parte que solicita un arbitraje vinculante con la AAA debe asegurarse de que esta sea la dirección correcta antes de enviar la Solicitud de Arbitraje vinculante a la AAA. La Parte que solicita un arbitraje vinculante con la AAA también debe enviar una copia de la Solicitud de Arbitraje vinculante completada a la otra Parte. El formulario de Solicitud de arbitraje vinculante está disponible en el sitio web de AAA. Este formulario completado debe enviarse a la otra Parte o a la AAA por correo certificado o registrado, con acuse de recibo solicitado. Si el Empleador inicia un arbitraje vinculante, notificará al Empleado a la última dirección registrada en el archivo personal del Empleado. La Parte que solicita un arbitraje vinculante debe identificar y describir la naturaleza de todos los reclamos presentados y los hechos en los que se basan.

Representación.

Cualquier Parte puede estar representada por un abogado u otro representante durante los procedimientos de arbitraje vinculantes (como se define a continuación) o en la audiencia de arbitraje vinculante. Sin embargo, ninguna Parte está obligada a contratar a un abogado para llevar a cabo los procedimientos previos al arbitraje o el arbitraje vinculante.

Reglas de procedimiento y ley aplicable.

Cualquier arbitraje vinculante será administrado por las reglas acordadas por las partes. Si las

partes no pueden aceptar las reglas de procedimiento, entonces las Reglas Nacionales vigentes en ese momento de la AAA para la Resolución de Disputas de Empleo (excepto en la medida en que se establezca una regla diferente en este documento o según lo acuerden las partes). El árbitro seleccionado por las partes de acuerdo con esas reglas será un abogado con licencia para ejercer en el Estado de Texas. El árbitro aplicará la ley sustantiva (y las leyes de recursos, si corresponde) del estado en el que surgió el reclamo (que no sea la Ley de Arbitraje General de Texas), o la ley federal, o ambas, dependiendo de los reclamos presentados. El árbitro también aplicará las Reglas Federales de Evidencia.

Procedimientos de audiencia previa al arbitraje.

Después de la selección del árbitro, se puede programar una audiencia preliminar a solicitud de las Partes, la AAA o el árbitro seleccionado. En esta audiencia, el árbitro puede trabajar con las Partes para reducir los problemas, establecer un calendario de descubrimiento, organizar un procedimiento aceptable para la presentación de cualquier moción y organizar la audiencia de arbitraje vinculante más temprana y eficiente posible para los problemas en disputa. A menos que el Empleado y el Empleador acuerden lo contrario, el Empleado y el Empleador tienen derecho a que cada uno tome la deposición de dos personas y cualquier testigo experto designado por la otra Parte. A menos que las Partes lo acuerden, no se realizará ningún descubrimiento antes de esta audiencia preliminar. Los derechos de citación que se especifican a continuación serán aplicables a las declaraciones tomadas de conformidad con este párrafo. Las deposiciones adicionales y otras formas de descubrimiento solo se pueden obtener donde las partes acuerden, o el árbitro seleccionado bajo el Plan de resolución de disputas de manera CORRECTA así lo ordena cuando se demuestra una necesidad sustancial. Al menos 30 días antes de la audiencia de arbitraje vinculante, el Empleado y el Empleador deben intercambiar listas de testigos, incluidos los

expertos, y copias de todas las pruebas destinadas a ser utilizadas en el arbitraje vinculante.

Citaciones.

Cada Parte tiene derecho a citar testigos del arbitraje vinculante de acuerdo con las Reglas Federales de Procedimiento Civil.

Movimientos dispositivos.

El árbitro tendrá la autoridad para considerar y otorgar las mociones dispositivo de todo o parte de cualquier reclamo, utilizando las normas que rigen tales mociones en virtud de las Reglas Federales de Procedimiento Civil. Esto incluye mociones de juicio sumario, que si se otorgan, permiten a una Parte, antes del arbitraje vinculante, ya sea (A) tener todo o parte de la reclamación de la otra Parte rechazada, u (B) obtener una conclusión afirmativa sobre la reclamación de una Parte.

Carga de la prueba y autoridad del árbitro. El proceso de arbitraje vinculante en este documento no es una negociación o mediación. La carga de la prueba para cualquier reclamo presentado a arbitraje vinculante por cualquiera de las Partes será la misma carga de la prueba que existe en un tribunal. El árbitro no tendrá poder para variar o ignorar los términos de este Programa y estará obligado por la ley de control y (salvo que se disponga lo contrario en el presente) las Reglas Federales de Evidencia. El árbitro solo está autorizado a pronunciarse sobre los reclamos establecidos en el formulario de Solicitud de arbitraje vinculante, cualquier reconvencción (s) y la (s) respuesta (s) a tales reclamos y reconvencciones. El árbitro no está autorizado para modificar los poderes otorgados a él o ella en virtud de este documento, o para "dividir al bebé", o para hacer cualquier premio simplemente en función de lo que él o ella determine que es justo.

Resumen de la audiencia posterior al arbitraje.

Cualquier Parte puede presentar un Informe de audiencia posterior al arbitraje. A menos que lo

acuerden las Partes y el Árbitro, cualquier Resumen de la audiencia posterior al arbitraje se limitará a diez (10) páginas. No se permitirán resúmenes de respuesta u otros resúmenes o presentaciones a menos que lo solicite el Árbitro.

Forma de decisión.

A solicitud de cualquiera de las Partes, el árbitro proporcionará conclusiones breves y por escrito de los hechos y conclusiones de la ley, y los motivos de su decisión. Todas las decisiones de un árbitro bajo el Plan de resolución de disputas de manera CORRECTA serán definitivas y vinculantes, se mantendrán confidenciales y no establecerán ni establecerán un precedente, un valor precedente o una autoridad.

El tribunal puede hacer cumplir la decisión del árbitro.

Se impedirá que las partes presenten o presenten ante los tribunales cualquier disputa que se haya planteado o pueda haber surgido de conformidad con este procedimiento. La sentencia o el laudo dictado por el árbitro pueden presentarse en cualquier tribunal que tenga jurisdicción sobre el mismo; siempre que, sin embargo, cualquier moción que busque desocupar o modificar el laudo del árbitro debe presentarse ante el Tribunal de Distrito de los Estados Unidos para el Distrito Norte de Texas, División de Dallas. El estándar para una moción que busca desocupar o modificar el laudo del árbitro será el mismo estándar utilizado por el Tribunal de Apelaciones del Quinto Circuito de EE. UU. A menos que lo prohíba la ley, el laudo en cualquier demanda presentada para hacer cumplir, desalojar o modificar el laudo del árbitro debe ser sellado como "CONFIDENCIAL" y debe presentarse bajo sello.

Cualquier moción, acción, demanda o procedimiento para confirmar, desocupar, modificar o dejar de lado el laudo arbitral debe presentarse dentro de los cuarenta y cinco (45) días posteriores a la fecha en que se envió el laudo a las Partes. Si no se presenta una moción, acción,

demanda o procedimiento para confirmar, desalojar, modificar o anular el laudo arbitral dentro del período de cuarenta y cinco (45) días, las Partes renuncian a cualquier derecho de presentar dicha moción o cualquier otro alegato y el laudo arbitral se considera definitivo a todos los efectos.

Arbitraje y laudo para ser privado.

El árbitro mantendrá la privacidad de las audiencias a menos que la ley disponga lo contrario. Cualquier persona que tenga un interés directo en el arbitraje vinculante tiene derecho a asistir a las audiencias. De lo contrario, el árbitro tendrá el poder de exigir la exclusión de cualquier testigo o persona, que no sea una Parte, abogado o experto, durante el testimonio de cualquier otro testigo o durante la audiencia.

Tasas y costos de arbitraje.

Hay dos tipos de honorarios y costos administrativos para el arbitraje vinculante: (1) honorarios de presentación y costos administrativos que el árbitro eligió por las Partes o que la AAA puede cobrar, y (2) los honorarios y gastos del árbitro por sus servicios. Estas tarifas, costos y gastos se asignarán de la siguiente manera:

1) Tasa de presentación. El árbitro elegido por las Partes o la AAA puede cobrar una tarifa de presentación. Si el Empleador inicia el arbitraje vinculante (por otro medio que no sea una moción en la corte para obligar a un arbitraje vinculante), el Empleador pagará toda la tarifa de presentación. Si el Empleado solicita un arbitraje vinculante, la parte que le corresponde al Empleado de la tarifa de presentación es de \$ 200 y debe pagarse cuando el Empleado presenta una solicitud de arbitraje vinculante (o, si este proceso es impugnado por el Empleado, cuando el arbitraje vinculante es obligado por orden judicial). El empleador pagará el resto de la tarifa de presentación.

- 2) Honorarios y gastos del árbitro. El empleador pagará todos los honorarios y gastos del árbitro cobrados por el arbitraje vinculante y cualquier otro gasto administrativo de AAA; siempre que, sin embargo, el Empleado pueda optar por pagar también hasta la mitad de estos honorarios y gastos, si el Empleado lo desea. Si el árbitro decide a favor del Empleado en todos los reclamos, el Empleador reembolsará al Empleado su parte de estos honorarios y gastos;
- 3) El empleado o empleador, a sus respectivos gastos adicionales, puede organizar y pagar el costo de un reportero de la corte para proporcionar un registro estenográfico de los procedimientos (no se permite la grabación de video de ninguna audiencia de arbitraje vinculante);
- 4) Cada Parte también será responsable de los honorarios de sus propios abogados, si corresponde; sin embargo, si alguna de las Partes prevalece en un reclamo legal que permite que la Parte prevaleciente reciba honorarios de abogados, o si hay un acuerdo por escrito que estipule los honorarios, el árbitro puede otorgar honorarios razonables a la Parte prevaleciente. El árbitro determinará la parte prevaleciente de conformidad con el significado de "parte prevaleciente" en virtud de la Ley de adjudicación de honorarios de abogados de derechos civiles de 1976;
- 5) El árbitro también evaluará los honorarios de los abogados contra una Parte cuando la otra Parte demuestre que el reclamo de la Parte es frívolo o irrazonable, presentado de mala fe o de hecho o legalmente infundado;
- 6) Si alguna de las Partes presenta un reclamo cubierto por el Plan de resolución de disputas de manera CORRECTA por cualquier otro medio que no sea el arbitraje vinculante, la

Parte demandada tendrá derecho al rechazo de dicha acción y la recuperación de todos los costos y honorarios de abogados y gastos relacionados con dicha acción.

Mediación.

Nada en el Plan de resolución de disputas de manera CORRECTA impedirá que las Partes intenten resolver cualquier reclamo que cualquiera de las Partes pueda tener, ya sea por mediación, negociación u otro método similar. Cualquier acción de este tipo será adicional a las previstas antes de la presentación del arbitraje vinculante, y son confidenciales y no se divulgarán al árbitro. Tal intento de resolver el reclamo, incluso por mediación, no impedirá que el árbitro requiera que las Partes asistan a la mediación después de que se presente la solicitud de arbitraje vinculante.

Confidencialidad.

Las Partes, y cualquier abogado que represente a cualquier Parte, acuerdan que cualquier transcripción de cualquier audiencia de arbitraje vinculante, todas las declaraciones tomadas en el procedimiento de arbitraje vinculante, todos los documentos producidos en el procedimiento de arbitraje vinculante, cualquier video u otra grabación realizada para o en relación con el procedimiento de arbitraje vinculante, todas las presentaciones en el procedimiento de arbitraje vinculante, todas las exhibiciones de audiencias de arbitraje vinculantes y todas las decisiones tomadas por un árbitro se mantendrán confidenciales, no se divulgarán y no servirán como precedente legal vinculante con respecto a reclamos posteriores o disputas. Ninguna Parte puede divulgar públicamente los términos de cualquier laudo, a menos que la otra parte lo acuerde por escrito, lo cite un tribunal para declarar o lo exija la ley como comunicación al Servicio de Impuestos Internos.

Comercio interestatal.

El Empleado y cada Beneficiario acuerdan que el Empleador realiza transacciones que involucran comercio interestatal (por ejemplo, compra de bienes y servicios desde fuera de Texas que se envían a Texas y proporciona bienes y servicios a clientes que viajan por carreteras interestatales) y el empleo del Empleado involucra dicho comercio.

Ley Federal de Arbitraje.

El empleador, el empleado y cada beneficiario acuerdan que la Ley Federal de Arbitraje (FAA, por sus siglas en inglés) regirá la interpretación, la ejecución y los procedimientos de conformidad con el Plan de resolución de disputas de manera CORRECTA. A menos que sea contrario a la ley aplicable, o de lo dispuesto anteriormente, cualquier demanda que impugne la validez o aplicabilidad de este Plan, que intente obligar a un arbitraje vinculante en virtud de esta Sección, o de otra manera relacionada con este Plan, se presentará en el Tribunal de Distrito de los Estados Unidos para el Distrito Norte de Texas, División de Dallas.

Modificación o revocación del plan.

El Plan de resolución de disputas de manera CORRECTA sobrevivirá a la terminación del empleo del Empleado. El Empleador puede revocarlo o modificarlo en cualquier momento por escrito, firmado por un funcionario del Empleador que exprese específicamente la intención de revocar o modificar esta política: siempre que, sin embargo, dicha revocación o modificación solo sea efectiva con respecto a todas las Lesiones ocurriendo en o después de la fecha real de dicha revocación o modificación. No es necesario el reconocimiento o acuerdo oral o escrito de los empleados para que el Plan de resolución de disputas de manera CORRECTA y la política de arbitraje vinculante del empleador sean efectivas y se apliquen a todos los empleados en y después de la Fecha de vigencia.

Reglas del programa único y completo.

Estas Reglas del programa para el Plan de resolución de disputas de manera CORRECTA (y los elementos específicamente incorporados aquí como referencia) son las reglas completas del programa con respecto al arbitraje vinculante de Reclamos cubiertos. Las Reglas del Programa reemplazan cualquier otro entendimiento verbal o escrito sobre este tema. Ninguna de las partes debe confiar en ninguna declaración, oral o escrita, sobre el arbitraje vinculante o el efecto, la fuerza ejecutiva o el significado de las Reglas del Programa, excepto según lo establecido específicamente en las Reglas del Programa. Si se determina que alguna disposición de las Reglas del Programa es nula o de otra manera inaplicable, total o parcialmente, dicha determinación no afectará la validez del resto de las Reglas del Programa.

No es un acuerdo de empleo.

El Plan de resolución de disputas de manera CORRECTA y sus Reglas del programa no se interpretarán y no se interpretarán para crear ningún contrato de trabajo, expreso o implícito. El Plan de resolución de disputas de manera CORRECTA o sus Reglas del programa no alteran de ninguna manera el estado a voluntad del empleo del Empleado.

Efecto vinculante.

El Plan de resolución de disputas de manera CORRECTA y sus disposiciones de arbitraje vinculantes son mutuos e igualmente vinculantes y se aplican a cualquier Reclamo cubierto que pueda presentar un Empleador y / o un Empleado y / o los Beneficiarios del Empleado. El Plan de resolución de disputas de manera CORRECTA y sus disposiciones de arbitraje vinculantes serán el único y exclusivo remedio para resolver cualquier reclamo o disputa. El Plan de resolución de disputas de manera CORRECTA y sus disposiciones de arbitraje vinculantes se aplican a todos los empleados del empleador de Texas sin tener en cuenta si han completado y firmado la "Aceptación del plan de manera CORRECTA" o

el "Reconocimiento y consentimiento de recepción y arbitraje" o cualquier otro tipo de formulario de recibo o acuerdo.

La consideración adecuada para el Plan de resolución de disputas de manera CORRECTA y sus disposiciones de arbitraje vinculantes está representada, entre otras cosas, por la elegibilidad para (y no necesariamente por la recepción de) los beneficios del Plan del empleador y las disposiciones y requisitos de arbitraje vinculantes son mutuamente vinculantes para todas las Partes.

Cualquier pago real de beneficios bajo el Plan de manera CORRECTA con respecto al Empleado servirá como consideración adicional y representará el acuerdo adicional del Empleado y de cada Beneficiario con respecto a las disposiciones del Plan de resolución de disputas de manera CORRECTA y sus disposiciones de arbitraje vinculantes. El empleo continuado del empleado con el empleador después de recibir la notificación del presente también constituirá una consideración adecuada para la aplicación del Plan de resolución de disputas de manera CORRECTA y sus disposiciones de arbitraje vinculantes. El Plan de resolución de disputas de manera CORRECTA y sus disposiciones de arbitraje vinculantes permanecerán vigentes con respecto al Empleador y al Empleado, sin tener en cuenta la negativa de los beneficios del Empleado bajo el Plan de manera CORRECTA, la devolución de los pagos de beneficios bajo dicho plan al Empleador, la inelegibilidad o el cese de beneficios bajo dicho plan de acuerdo con sus términos, o cualquier terminación voluntaria o involuntaria del empleo del Empleado con el Empleador. El Plan de resolución de disputas de manera CORRECTA y sus disposiciones de arbitraje vinculantes no están sujetas a los requisitos de ERISA ni dependen de ninguna manera de las disposiciones de beneficios del Plan de manera CORRECTA de ninguna manera, y pueden adjuntarse al folleto de dicho Plan

estrictamente por conveniencia en la documentación.

Acuerdo voluntario.

El Empleado y el Empleador reconocen y acuerdan haber leído cuidadosamente el Plan de resolución de disputas de manera CORRECTA y sus disposiciones de arbitraje vinculantes, entienden completamente sus términos y han firmado este acuerdo voluntariamente y sin la presión, la presión o la coerción de ninguna persona y sin confiar en cualquier promesa o representación del Empleador u otro, que no sea la que figura en el Plan de resolución de disputas de manera CORRECTA. El Empleado y el Empleador reconocen y aceptan que no están bajo la influencia del alcohol o cualquier otra sustancia perjudicial y que no están bajo ninguna discapacidad mental. El empleado y el empleador son conscientes de las consecuencias de entrar en el Plan de resolución de disputas de la manera correcta y sus disposiciones de arbitraje vinculantes.

Ratificación por recibo de beneficios del plan.

Cada una de las Partes acuerda cada vez que un Empleado recibe los beneficios del Plan o los Beneficios del Plan se pagan a un proveedor médico o en nombre del Empleado, Empleado y Empleador, cada uno ratifica y afirma el Plan de resolución de disputas de manera CORRECTA y sus disposiciones de arbitraje vinculantes. El Empleado y el Empleador reconocen y acuerdan cualquier Beneficio del Plan pagado al Empleado o pagado a un proveedor médico o en nombre de un Empleado que beneficia a todas las Partes, y todas las Partes se benefician de dicho pago.

No se requiere firma.

Como condición de empleo con el Empleador, el Empleado debe firmar "Aceptación del plan de manera CORRECTA" y un "Acuse de recibo y

consentimiento de recepción y arbitraje" y la "AUTORIZACIÓN DE HIPAA PARA DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD."

Sin embargo, el Plan de resolución de disputas de manera CORRECTA y sus requisitos de arbitraje vinculantes se aplican a todas las Partes independientemente de si han completado y firmado la Aceptación del Plan de manera CORRECTA, un "Acuse de recepción y consentimiento de arbitraje" y/o la "AUTORIZACIÓN DE HIPAA PARA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD" o recibo escrito similar. Este Acuerdo también se aplica a cualquier reclamo que pueda presentar un Beneficiario (incluidos, entre otros, cualquier reclamo de supervivencia o muerte por negligencia). El arbitraje vinculante del Plan de resolución de disputas de manera CORRECTA será el único y exclusivo remedio para resolver cualquier reclamo cubierto o reclamos cubiertos.

PERSONA DE CONTACTO.

Para obtener más información sobre el Plan de resolución de disputas de manera CORRECTA o el arbitraje obligatorio, comuníquese con su empleador.

INFORMACIÓN DEL CONTACTO.

La información de contacto para el empleador y el plan de manera CORRECTA se establecen en el Acuerdo de adopción.