

Empleados de
tiempo parcial

GUÍA DE BENEFICIOS

CONTENIDO

Cobertura médica	3
Cobertura dental	4
Cobertura de visión	5
Divulgaciones	6
BenefitsVIP®	8

Estimado colega de NOVA Parks:

NOVA Parks se preocupa por la salud y bienestar de usted y su familia, y hemos asumido el compromiso de brindarle un paquete integral de beneficios. Los invitamos a usted y a sus dependientes a familiarizarse con los recursos y proveedores que se detallan en esta guía de beneficios.

Como empleado activo de tiempo parcial de NOVA Parks, usted reúne los requisitos para recibir seguro médico y también beneficios dentales y de visión. Las primas para los beneficios médicos, dentales y de visión se deducen en forma quincenal, antes de impuestos, en 24 períodos de pago. En los meses en los que hay tres cheques de pago, las primas para beneficios médicos, dentales y de visión no se deducirán del tercer cheque.

Analice atentamente sus opciones de beneficios antes de hacer sus elecciones. Los beneficios que escoja entrarán en vigencia a partir de su fecha de elegibilidad hasta el final del año calendario, a menos que durante el año tenga un evento calificado según lo define el Servicio de Rentas Internas (IRS), como matrimonio, nacimiento, fallecimiento, etc. Es responsabilidad del empleado notificar a Recursos Humanos cualquier evento calificado que tenga lugar en el transcurso del año y que afecte su cobertura, en un plazo no mayor a 30 días luego de ocurrido el evento.



COBERTURA MÉDICA



**KAISER
PERMANENTE®**

PLANES DE SEGURO DE KAISER PERMANENTE

NOVA Parks ofrece dos planes de seguro de Kaiser Permanente: HMO Signature y HMO Select. Estos planes solo proporcionan cobertura dentro de la red; **no hay beneficios disponibles fuera de la red.**

El plan HMO Select tiene los mismos beneficios que el plan HMO Signature, pero ofrece una red más amplia de médicos para elegir. En otras palabras, el plan HMO Select no requiere que usted o sus dependientes se atiendan en un centro médico de Kaiser Permanente, mientras que el plan HMO Signature está basado en centros médicos de una organización de mantenimiento de la salud (HMO, por sus siglas en inglés) local.

Visite www.kp.org o llame al 1.855.249.5018 para obtener una lista de proveedores de la red.

HMO SIGNATURE

HMO SELECT

BENEFICIO	SOLO DENTRO DE LA RED		SOLO DENTRO DE LA RED	
Médico de atención primaria	Copago de \$10 ¹		Copago de \$10 ¹	
Atención de especialistas	Copago de \$20		Copago de \$20	
Deducible anual	Ninguno		Ninguno	
Máximo de gastos de bolsillo	\$3,500 individual \$9,400 familiar		\$3,500 individual \$9,400 familiar	
Atención preventiva Atención preventiva de rutina Vacunas Mamografía, PAP, pruebas de PSA	Sin costo		Sin costo	
Centro para hospitalización	\$100 por admisión		\$100 por admisión	
Centro hospitalario de atención ambulatoria	\$50 por visita		\$50 por visita	
Servicio profesional para pacientes ambulatorios	Copago de \$50		Copago de \$50	
Atención quiropráctica	Sin cobertura		Sin cobertura	
Audífonos	Sin cobertura		Sin cobertura	
Sala de emergencias	Copago de \$50 ²		Copago de \$50 ²	
Centro de atención de urgencia	Copago de \$20		Copago de \$20	
TMJ, cirugía y tratamiento no quirúrgico Consultorio de un médico	Los costos del copago varían según la ubicación del servicio		Los costos del copago varían según la ubicación del servicio	
Tratamiento con hospitalización por abuso de sustancias y salud mental	\$100 por admisión ³		\$100 por admisión ³	
Deducible anual por medicamentos recetados	Ninguno		Ninguno	
Medicamentos recetados anuales Máximo de gastos de bolsillo	Combinado con la cobertura médica		Combinado con la cobertura médica	
Medicamentos recetados Farmacia de Kaiser 30 días de suministro	Medicamento genérico: \$10 Marca preferida: \$20 No preferida: \$35 Pedido por correo postal ⁴ : \$20/\$40/\$70		Medicamento genérico: \$10 Marca preferida: \$20 No preferida: \$35 Pedido por correo postal ⁴ : \$20/\$40/\$70	
Medicamentos recetados Farmacia de la comunidad 30 días de suministro	Medicamento genérico: \$20 Marca preferida: \$40 No preferida: \$55		Medicamento genérico: \$20 Marca preferida: \$40 No preferida: \$55	
CONTRIBUCIONES QUINCENALES	EMPLEADO	NOVA PARKS	EMPLEADO	NOVA PARKS
Solo empleado	\$39.71	\$225.01	\$41.47	\$234.97
Empleado + 1 dependiente	\$132.36	\$397.08	\$138.22	\$414.66
Empleado + familia	\$191.92	\$575.77	\$200.42	\$601.25

¹ Sin costo para niños menores de 5 años de edad

² Copago exento en caso de admisión

³ Tratamiento ambulatorio: \$10 por visita individual/\$5 por visita grupal

⁴ 90 días de suministro

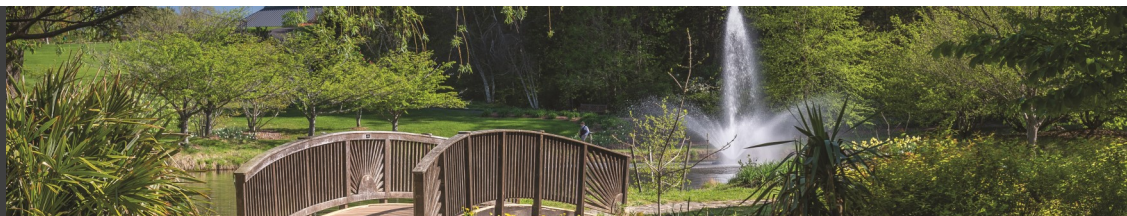
COBERTURA DENTAL



METLIFE

NOVA Parks ofrece dos planes dentales de MetLife: el plan con deducible bajo y el plan con deducible alto. Para localizar un dentista, visite www.metlife.com/dental o llame al 1.800.275.4638.

Puede elegir un dentista dentro o fuera de la red. Sin embargo, si elige un dentista fuera de la red, es posible que sus gastos de bolsillo sean mayores. Antes de recibir el servicio, MetLife recomienda que solicite una estimación previa al tratamiento para los servicios que superen los \$300. Su dentista puede enviar una solicitud en línea a www.metdental.com o puede llamar al 1.877.MET.DDS9. Usted y su dentista recibirán una estimación del beneficio para la mayoría de los procedimientos mientras aún se encuentra en el consultorio.



PLAN CON DEDUCIBLE BAJO

PLAN CON DEDUCIBLE ALTO

BENEFICIO	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED
Deducible anual	Individual: \$50 Familiar: \$150	Individual: \$50 Familiar: \$150	Individual: \$50 Familiar: \$150	Individual: \$50 Familiar: \$150
Máximo anual	\$1,000		\$1,750	
Servicios preventivos y de diagnóstico Profilaxis (limpiezas, hasta 4 por año del plan), exámenes bucales, flúor tópico (hasta los 14 años de edad), aleta de mordida, radiografías	100%	60%	100%	80%
Servicios básicos Exámenes enfocados en problemas; empastes; extracciones; cirugía bucal; endodoncia; raspado dental, alisado radicular y cirugía periodontal; anestesia; reparaciones; selladores y mantenedores de espacio (hasta los 14 años de edad)	80%*	40%*	80%*	80%*
Servicios más avanzados Puentes y dentaduras postizas; coronas, incrustaciones intracoronarias (inlay), incrustaciones extracoronarias (onlay), implantes; consultas	50%*	10%*	50%*	50%*
Servicios de ortodoncia	No están cubiertos		No están cubiertos	
CONTRIBUCIONES QUINCENALES	EMPLEADO		EMPLEADO	
Solo empleado	\$15.81		\$21.79	
Empleado + 1 dependiente	\$32.34		\$44.37	
Empleado + familia	\$55.91		\$75.05	

* Después del deducible



AVESIS

BENEFICIO	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED
Examen oftalmológico	Copago de \$10	Reembolso de hasta \$35
Frecuencia Examen/lentes o lentes de contacto/armazones	12 /12 /24 meses	
Armazones	Asignación de \$120 ¹	Reembolso de hasta \$45
Lentes Monofocales Bifocales Trifocales	Copago de \$15 Copago de \$15 Copago de \$15	Reembolso de hasta \$25 Reembolso de hasta \$40 Reembolso de hasta \$50
Lentes de contacto ² Pruebas y seguimiento estándar Lentes de contacto electivos Lentes de contacto médicamente necesarios ³	Copago máximo de \$50 Asignación de \$110 Cubierto en su totalidad	n/c Reembolso de hasta \$85 Reembolso de hasta \$250
CONTRIBUCIONES QUINCENALES EMPLEADO		
Solo empleado		\$2.76
Empleado + cónyuge		\$5.22
Empleado + hijo(s)		\$5.70
Empleado + familia		\$7.33

¹ Descuento de hasta un 20% por encima de la asignación para armazones

² En lugar armazones o lentes

³ Se requiere autorización previa para lentes de contacto médicamente necesarios

KP

BENEFICIO	SOLO DENTRO DE LA RED
Examen oftalmológico	Copago de \$10-20 ¹
Armazones Armazones de KP	Sin costo ²
Lentes Monofocales Lentes bifocales	Sin costo ² Sin costo ²
Lentes de contacto Lentes de KP (1 par) Lentes médicamente necesarios (2 pares)	Cubierto en su totalidad Cubiertos en su totalidad
Frecuencia Examen Armazones/lentes o lentes de contacto	12 meses 12 meses

¹ Copago de \$10 para el optometrista/copago de \$20 para el oftalmólogo

² Se aplican algunas limitaciones

COBERTURA DE VISIÓN



AVĒSIS

Para localizar proveedores de la red en su área, llame al 1.800.828.9341 o visite www.avesis.com. Los miembros que utilicen un proveedor fuera de la red deberán pagarle al proveedor en forma completa al momento del servicio y enviar una reclamación a Avēsis para obtener un reembolso.



KAISER PERMANENTE (KP)

Si sus dependientes son menores de 19 años y están inscritos en el plan de seguro de Kaiser Permanente que ofrece NOVA Parks, tienen beneficios de visión incluidos. Usted y sus dependientes mayores de 19 años de edad no tienen beneficios de visión incluidos en el plan, pero pueden reunir los requisitos para recibir un descuento en lentes y armazones de anteojos. Para más información, visite www.kp.org.

DIVULGACIONES

DERECHOS ESPECIALES DE INSCRIPCIÓN (HIPAA)

Si anteriormente ha rechazado su inscripción o la de sus dependientes (incluido su cónyuge) por la cobertura de otro plan de atención médica, puede inscribirse o inscribir a sus dependientes en este plan en el futuro, siempre que solicite la inscripción en un plazo de 30 días después de finalizada la otra cobertura. Además, si tiene un nuevo dependiente como resultado de un matrimonio, un nacimiento, una adopción o una colocación en adopción, puede inscribirse usted e inscribir a sus dependientes siempre que solicite la inscripción en un plazo de 30 días después del matrimonio, el nacimiento, la adopción o la colocación en adopción.

SIN GARANTÍAS SOBRE CONSECUENCIAS TRIBUTARIAS

Ni el Administrador ni la Compañía expresan ningún compromiso o garantía de que los montos pagados al empleado o para su beneficio dentro de cualquier plan serán excluidos del ingreso bruto del empleado considerado para el pago de impuestos federales o estatales sobre los ingresos, o que cualquier otro tratamiento de impuesto federal o estatal se aplicará al empleado o estará disponible para él. Los empleados deberán indemnizar y reembolsar a la Compañía en relación con cualquier responsabilidad en la que esta pueda incurrir por la no retención del impuesto sobre la renta federal o estatal o el impuesto del Seguro Social de dichos pagos o reembolsos.

LEY DE PROTECCIÓN DE LA SALUD DE LAS MADRES Y LOS RECIÉN NACIDOS

Los planes de atención médica y los emisores de seguros, por lo general y según la legislación federal, no pueden restringir la duración de la estadía en un hospital relacionada al parto para la madre o el recién nacido a menos de 48 horas después de un alumbramiento normal o a menos de 96 horas después de una cesárea. Sin embargo, la ley federal por lo general no prohíbe que el proveedor a cargo de la madre o el recién nacido, después de consultar con la madre, dé de alta a la madre o al recién nacido antes de 48 horas (o 96 horas según corresponda). En cualquier caso, los planes y los emisores de seguro médico no pueden, de conformidad con la legislación federal, solicitar que un proveedor obtenga la autorización del plan o del emisor para que se prescriba la duración de la estadía a no más de 48 horas (o 96 horas).

LEY DE MICHELLE

La Ley de Michelle permite a los estudiantes universitarios gravemente enfermos o lesionados continuar la cobertura bajo un plan médico grupal cuando deben abandonar los estudios a tiempo completo debido a su lesión o enfermedad y cuando de otra forma perderían su cobertura.

La continuación de la cobertura se aplica al permiso de hijos dependientes para ausentarse (o cualquier otro

cambio en la inscripción) de una institución educativa postsecundaria (universidad o institución de educación superior) a causa de una enfermedad o lesión grave mientras estén cubiertos bajo un plan médico. De lo contrario, esto podría hacer que el hijo pierda la condición de dependiente de conformidad con los términos del plan. La cobertura continuará hasta:

1. Un año a partir del inicio de la ausencia médicamente necesaria, o
2. La fecha en que la cobertura de otro modo terminaría conforme a los términos del plan de salud, lo que ocurra primero.

AVISO DE COBERTURA ACREDITABLE DE LA PARTE D DE MEDICARE

Debe enviarse a los participantes y beneficiarios elegibles para la Parte D de Medicare un aviso por escrito en el que se les indique si la cantidad prevista de los reclamos pagados bajo la cobertura de medicamentos recetados de un plan médico grupal es al menos equivalente a la cantidad prevista de los reclamos pagados conforme al beneficio de medicamentos estándar en virtud de la Parte D de Medicare.

El aviso debe proporcionarse (1) antes del 15 de octubre de cada año; (2) antes del período de inscripción individual de la persona para la Parte D; (3) antes de la fecha de entrada en vigor de la cobertura para cualquier persona elegible en virtud de la Parte D que se inscriba en la cobertura de medicamentos recetados del empleador; (4) cuando el plan ya no proporcione cobertura de medicamentos o cuando la cobertura ya no sea acreditable, y (5) previa solicitud.

LEY DE DERECHOS SOBRE LA SALUD Y EL CÁNCER DE LA MUJER DE 1998 (TAMBIÉN CONOCIDA COMO LEY DE JANET)

El 21 de octubre de 1998, el Congreso promulgó la Ley de Derechos sobre la Salud y el Cáncer de la Mujer de 1998. Tal como lo requiere esta ley, se debe proveer a todas las personas cubiertas un aviso anual de los beneficios obligatorios posteriores a una mastectomía. Sírvase revisar esta información cuidadosamente. Si su cónyuge está cubierto(a) conforme a un plan médico patrocinado por su empleador, asegúrese de que él o ella también tenga la oportunidad de revisar esta información. La Ley de Derechos sobre la Salud y el Cáncer de la Mujer de 1998 exige que todos los planes médicos grupales que proporcionen beneficios médicos y quirúrgicos para una mastectomía también proporcionen cobertura para:

- La reconstrucción del seno donde se realizó la mastectomía.
- Cualquier cirugía y reconstrucción necesaria del otro seno para conseguir una apariencia simétrica.
- Las prótesis y la cobertura de cualquier complicación en todas las etapas de la mastectomía, incluidos los linfedemas.

La ley establece que se proporcione la cobertura en

consonancia con los demás beneficios que ofrece el plan. La cobertura puede estar sujeta a deducibles anuales y disposiciones de coseguro.

La ley prohíbe a cualquier plan de seguro médico grupal:

- Negar a un participante o beneficiario la elegibilidad para inscribirse o renovar la cobertura conforme al plan con el fin de eludir los requisitos de la ley.
- Penalizar, reducir o limitar el reembolso al proveedor tratante (p. ej. médico, hospital o clínica) o inducir (con dinero o de otro modo) al proveedor a proporcionar cuidados inconsistentes con la ley.

LEY DE REAUTORIZACIÓN DEL PROGRAMA DE SEGURO MÉDICO PARA NIÑOS (CHIPRA)

A partir del 1 de abril de 2009, los empleados y dependientes elegibles para recibir la cobertura pero que no se han inscrito tienen el derecho de elegir la cobertura durante el año de validez del plan bajo dos circunstancias:

- La cobertura estatal de Medicaid o del Seguro Médico para Niños (CHIP, por sus siglas en inglés) del empleado o dependiente termina porque el individuo deja de ser elegible.
- El empleado o dependiente se convierte en elegible para recibir un subsidio de asistencia para pagar las primas de CHIP bajo el plan Medicaid o CHIP del estado.

Los empleados deben solicitar esta inscripción especial dentro de los 60 días después de perder la cobertura o dentro de un plazo de 60 días a partir del momento en que se establece la elegibilidad del subsidio para la prima.

LEY DE PARIDAD EN LA SALUD MENTAL E IGUALDAD EN LA ADICCIÓN DE 2008

Esta ley extiende los requisitos de paridad en la salud mental de la Ley de Seguridad de Ingresos de Empleados Jubilados, el Código de Rentas Internas y la Ley del Servicio de Salud Pública al imponer nuevos mandatos en los planes médicos grupales que proporcionen beneficios médicos y quirúrgicos y también beneficios de salud mental o trastornos por abuso de sustancias. Entre los nuevos requisitos, dichos planes (o la cobertura de seguro médico que se ofrece en relación con dichos planes) deben garantizar que los requisitos financieros que se aplican a los beneficios de salud mental o trastornos por abuso de sustancias no sean más restrictivos que los requisitos financieros predominantes que aplican esencialmente a todos los beneficios médicos y quirúrgicos que cubre el plan (o la cobertura), y que no existan requisitos separados de costos compartidos que se apliquen solamente a los beneficios de salud mental o trastornos por abuso de sustancias.

LEY ÓMNIBUS CONSOLIDADA DE RECONCILIACIÓN PRESUPUESTARIA (COBRA)

La Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria de 1985 (COBRA, por sus siglas en inglés)



DIVULGACIONES

exige que los empleadores que proveen cobertura médica a sus empleados ofrezcan dicha cobertura a los empleados y familiares cubiertos de manera temporal cuando haya habido un cambio en las circunstancias que de otra forma provocaría la pérdida de dicha cobertura [26 USC §4980B]. Este beneficio, conocido como “continuación de la cobertura,” aplica si, por ejemplo, un hijo dependiente se vuelve independiente, los cónyuges se divorcian o los empleados dejan el trabajo.

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DE LA INFORMACIÓN EN VIRTUD DE LA LEY HIPAA

De conformidad con la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud de 1996 (HIPAA, por sus siglas en inglés), su empleador reconoce su derecho a la privacidad en cuestiones relacionadas con la divulgación de información en relación con la salud. El Aviso de Prácticas de Privacidad (que se le proporciona cuando se inscribe en el plan de atención médica) detalla los pasos que su empleador ha tomado para garantizar la protección de su privacidad. Este aviso también explica sus derechos de conformidad con la HIPAA. Usted puede tener a su disposición una copia de este aviso en cualquier momento y sin costo alguno solicitándolo por medio de su departamento local de Recursos Humanos.

ORDEN CALIFICADA DE SOSTÉN MÉDICO DE UN NIÑO (QMCSO)

Es una orden para el sostén médico de un niño emitida en virtud de la ley del estado que crea o reconoce la existencia del derecho de un “beneficiario alterno” a recibir los beneficios para los que reúne los requisitos un participante o beneficiario bajo un plan médico grupal. El “beneficiario alterno” es cualquier hijo de un participante (incluido un hijo adoptado o puesto en adopción con un participante de un plan médico grupal) que la orden de sostén médico reconoce como beneficiario del derecho a la inscripción en un plan médico grupal al que esté afiliado dicho participante. Tras la recepción, es necesario que el administrador de un plan médico grupal establezca, en un período razonable, si califica una orden de sostén médico de un niño. En caso de que le notifiquen que debe proporcionar cobertura médica a un hijo dependiente como resultado de una decisión legal, usted puede obtener información de su empleador sobre las reglas para tratar de activar dicha cobertura. Estas reglas son proporcionadas sin costo alguno para usted y puede solicitarlas a su empleador en cualquier momento.

DERECHOS DE EXTENSIÓN DE COBERTURA CONFORME A LA LEY DE DERECHOS DE EMPLEO Y REEMPLIO DE LOS SERVICIOS UNIFORMADOS (USERRA)

Si deja su trabajo para prestar servicio militar, tiene derecho a elegir si continúa con la cobertura del plan de atención médica de su empleador para usted y sus dependientes (incluyendo a su cónyuge) durante un

máximo de 24 meses mientras presta servicio militar. Incluso si no elige continuar con la cobertura durante el servicio militar, tiene derecho a que se le reincorpore en el plan de atención médica de su empleador cuando vuelva a ser contratado; por lo general, sin ningún tipo de período de espera o exclusión por condiciones preexistentes, excepto por enfermedades o lesiones relacionadas con el tiempo que estuvo en servicio.

LEY DE NO DISCRIMINACIÓN POR INFORMACIÓN GENÉTICA (GINA)

En virtud de la ley GINA, se prohíbe ampliamente que los empleadores cubiertos discriminen a los empleados, personas o miembros por motivo de su “información genética”, la cual se define ampliamente en la ley GINA y se refiere a (1) pruebas genéticas del individuo, (2) pruebas genéticas de los familiares del individuo, y (3) la manifestación de una enfermedad o un trastorno en familiares de dicho individuo.

Conforme a la ley GINA, también se le prohíbe al empleador que solicite, requiera o adquiera la información genética de un empleado. Esta prohibición no se aplica a la información que se solicita o exige para cumplir los requisitos de certificación de las leyes de licencias médicas y familiares, o a la información que se obtiene de forma involuntaria por medio de consultas legales, por ejemplo, en virtud de la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (*Americans with Disabilities Act*), siempre que el empleador no utilice esta información de forma discriminatoria. En caso de que un empleador cubierto por la ley adquiera información genética ya sea de forma legal (o involuntaria), la información se debe guardar en un archivo por separado y tratarse como un expediente médico confidencial, y se puede divulgar a terceros solamente en circunstancias muy limitadas.

¿LOS HIJOS PUEDEN PERMANECER EN EL PLAN DE SUS PADRES HASTA LOS 26 AÑOS?

Si un plan cubre a los hijos, estos pueden agregarse a la póliza de seguro médico o mantenerse en ella hasta que cumplan 26 años.

Los hijos pueden formar parte de un plan o permanecer en él aunque:

- esté casado
- no vivan con sus padres
- vayan a la escuela
- no dependan financieramente de sus padres
- sean elegibles para inscribirse en el plan de su empleador

CÓMO OBTENER COBERTURA PARA HIJOS ADULTOS

Los hijos adultos pueden inscribirse durante el período de inscripción abierta de un plan o durante otras oportunidades de inscripción especiales. El empleador o la compañía de seguros puede brindar detalles.

Los hijos menores de 26 años pueden inscribirse

directamente en los nuevos planes del mercado. Asegúrese de incluir a su hijo adulto en la lista de personas que recibirán cobertura.

¿Tiene alguna pregunta? Llame al 1-800-318-2596 las 24 horas del día, los 7 días de la semana. (TTY: 1-855-889-4325).

PROMOCIÓN



SITIO WEB

Manténgase informado con las últimas novedades de salud, herramientas biométricas, calculadoras e información en **benefitsvip.com**.

BenefitsVIP
Help starts here.



LA AYUDA COMIENZA AQUÍ

BenefitsVIP es un centro de contacto integral con gran capacidad de respuesta atendido por profesionales expertos. Su equipo dedicado de promotores de beneficios para el empleado está listo para ayudarlos a usted y a su familia a resolver problemas relacionados con sus beneficios de Kaiser, MetLife y Avēsis.

Para recibir un servicio confidencial y que responda a sus necesidades, comuníquese llamando al:

866.293.9736

De lunes a viernes

De 8:30 a.m. a 8:00 p.m. (hora del Este)

Fax: 856.996.2755

solutions@benefitsvip.com

RESPUESTAS A SUS PREGUNTAS AQUÍ

¡COMPLETAMENTE CONFIDENCIAL! Sus promotores dedicados de BenefitsVIP entienden sus planes de beneficios y pueden responder preguntas sobre beneficios y resolver reclamos y problemas de elegibilidad con rapidez. La mayoría de las consultas se resuelven en el mismo día, y todas las llamadas cumplen con las mejores prácticas de privacidad.

BenefitsVIP.com

Este resumen de beneficios presenta los aspectos más destacados del programa de beneficios disponible para los empleados. No es un documento legal y no será interpretado como una garantía de beneficios ni de empleo continuo. Todos los planes de beneficios se rigen por pólizas, contratos y documentos de planes maestros. Cualquier discrepancia entre la información proporcionada en este resumen y los términos reales de estas pólizas, contratos y documentos de planes se regirá por los términos de dichas pólizas, contratos y documentos de planes. Nuestra compañía se reserva el derecho de enmendar, suspender o finalizar cualquier plan de beneficios, en su totalidad o en parte, en cualquier momento. La autoridad para realizar dichos cambios recae en el Administrador del Plan.