

PROCEDIMIENTOS DE APELACIÓN AL RECLAMANTE O A SU REPRESENTANTE DEBIDAMENTE AUTORIZADO

Consulte el Folleto de descripción resumida del plan para conocer las características importantes de su Cuenta de gastos flexible (FSA) de atención médica o su Acuerdo de reembolso de gastos médicos (HRA), como los términos, condiciones, limitaciones y exclusiones que figuran en el Documento del plan de la FSA o el HRA. Puede llamarnos al 1-877-424-3570 en relación con su reclamo, o escribimos a la dirección que se indica abajo. El patrocinador del plan determina las características del diseño del plan, y estas no se pueden apelar, pero si usted no está de acuerdo con la decisión del plan respecto a la solicitud de beneficios específicos que se describe en este documento, el plan ofrece un proceso de revisión para la reconsideración de los reclamos.

Debe presentar una solicitud de revisión de la decisión sobre los reclamos por escrito en un plazo de ciento ochenta (180) días a partir de la fecha de este aviso. Si no presenta una solicitud de revisión por escrito en un plazo de 180 días, su solicitud de revisión será denegada. Su solicitud debe incluir los motivos por los que no está de acuerdo con la decisión del plan junto con cualquier documentación adicional que desee que el plan revise para permitir una reconsideración completa y justa del reclamo. Envíe su solicitud e información adicional a la dirección que figura a continuación. Si solicita una revisión en un plazo de 180 días, el supervisor del plan revisará el reclamo.

Procedimiento adicional de apelación de la cuenta flexible (FLEX): El administrador del plan revisará su apelación, el Documento del plan y la ley federal aplicable y tomará una decisión en un plazo de sesenta (60) días. Si el administrador del plan necesita más información, el centro de procesamiento de reclamos le solicitará esa información, y usted tendrá cuarenta y cinco (45) días para proporcionarla. El plazo de sesenta (60) días se suspenderá durante el tiempo que le lleve presentar esta información. Una vez recibida toda la información, se le comunicará una decisión dentro del plazo restante de los sesenta (60) días. Usted o su representante autorizado pueden solicitar que se revise toda la información en la que se basó la denegación de la parte en disputa del reclamo. Debe enviar la solicitud para obtener esta información a la dirección que figura a continuación.

Procedimiento de apelación adicional del ACUERDO DE REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS (HRA):

Primer nivel de revisión: si el plan necesita más información de su parte, el centro de procesamiento de reclamos le solicitará esa información, y usted tendrá cuarenta y cinco (45) días para proporcionarla. Una vez recibida toda la información, se le comunicará una decisión en un plazo de treinta (30) días a partir de la fecha en que el plan haya recibido su solicitud.

Segundo nivel de revisión (por el administrador del plan): si no está satisfecho con la decisión del supervisor del plan, puede apelar al administrador del plan presentando una solicitud de apelación por escrito en el plazo de sesenta (60) días después de recibir la decisión del supervisor del plan. Si no presenta la solicitud por escrito en el plazo de sesenta (60) días, el administrador del plan no considerará su apelación y la determinación del reclamo será definitiva. Si presenta su solicitud de apelación dentro de los sesenta (60) días, el administrador del plan tomará una decisión definitiva en un plazo de treinta (30) días a partir de la fecha en que el plan reciba su solicitud. Tiene derecho a iniciar una acción civil en virtud de la Sección 502 de la Ley de Seguridad de los Ingresos de Jubilación para los Empleados (Employee Retirement Income Security Act, ERISA) (u otra ley aplicable para los planes no relacionados con la ERISA) tras una determinación de beneficios adversa por parte del administrador del plan en una apelación. Tenga en cuenta que todas las acciones civiles deben presentarse dentro de unos plazos específicos. Usted o su representante autorizado pueden solicitar que se revise toda la información en la que se basó la denegación de la parte en disputa del reclamo. Debe enviar la solicitud de información al plan a la dirección que figura a continuación.

Todas las apelaciones de FLEX y del HRA deben enviarse a: P.O. Box 4346, Missoula, MT 59806