
**“Nuestra misión en South Point
es conocer y comprender
las expectativas de cada cliente...
Nuestro objetivo es superarlas.”**



Plan de Beneficios Grupales

2026

A nuestros valiosos empleados:

En South Point Hotel & Casino estamos convencidos de que nuestros empleados son ingredientes clave para nuestro éxito sostenido. Tenemos el enorme placer de ofrecerle el Plan de Beneficios Grupales de la Compañía. El plan fue desarrollado a través de South Point Benefits y se trata de un paquete de beneficios integral que incluye cobertura médica, dental, de la vista, seguro de vida, y jubilación 401 (k), además de coberturas suplementarias que ofrecen discapacidad, seguro de vida adicional, y seguro por accidente personal.

Nuestro enfoque hacia estos planes es del tipo práctico, mediante una administración interna en sociedad con organizaciones de servicios selectas que comparten nuestros objetivos y visión. Ello nos permite ofrecer un nivel consistente de administración y garantiza un procesamiento de reclamos oportuno y, al mismo tiempo, mantiene eficiencias de costos tanto para los empleados como para la Compañía.

Es importante que lea el contenido del presente cuadernillo del Plan de Beneficios Grupales para tener una comprensión clara de los beneficios disponibles y cómo utilizarlos de la mejor manera. El costo de su plan es en proporción directa de los reclamos pagados. Por lo tanto, es importante que todos los empleados y sus familias utilicen sus beneficios de forma sensata para que los costos sigan siendo accesibles.

Atentamente,

Michael Gaughan

Índice

Elegibilidad.....	1
Quién puede estar cubierto	1
Elegibilidad inicial	1
Continuación de la elegibilidad	1
Medición y estabilidad (períodos de beneficios).....	2
Requisito de trabajo activo	2
Fecha de vigencia	3
Inscripción	3
Inscripción anual tardía	3
Derechos especiales de inscripción	4
Cobertura para usted y sus dependientes.....	4
Quiénes son sus dependientes	5
Cuándo comienza la cobertura de dependientes.....	6
Cuándo termina su cobertura.....	7
Cuándo termina la cobertura de sus dependientes.....	8
Cancelación de la cobertura de dependientes.....	8
Licencias.....	9
Sección 125 / POP.....	10
Aviso de Prácticas de Seguridad	10
Plan de South Point Medical Benefits.....	11
Beneficios de gastos dentales para empleados y dependientes	12
Lista de beneficios	13
Proveedores dentales preferidos.....	13 - 15
Su cobertura de beneficios de gastos dentales.....	16
Lista de procedimientos dentales cubiertos	16
Servicios de atención preventiva	16
Servicios básicos	16 - 20
Servicios importantes	21 - 22
Gastos dentales cubiertos	23 - 24
Exclusiones de gastos dentales	24 - 25
Beneficios de gastos de la vista para empleados y dependientes	26
Lista de beneficios	26
Proveedores de la vista preferidos.....	27

Su cobertura de beneficios de gastos de la vista	28
Gastos de la vista cubiertos	28
Definiciones.....	28 - 29
Límites de gastos de la vista.....	29
Exclusiones de gastos de la vista.....	30
Definiciones - beneficios dentales/de la vista.....	31- 32
Beneficios de superviviente.....	32
Beneficio de vida básico.....	33
Seguro por accidente básico	33- 34
Beneficio de vida de dependiente.....	34
Cobertura de seguro suplementario	34 - 35
Seguro de vida suplementario	35 - 37
Seguro por accidente personal.....	38 - 40
Seguro de ingresos por discapacidad.....	40 - 42
Seguro de vida universal con atención de larzo plazo.....	42
Cobertura preferida de seguro por accidente.....	42 - 43
Seguro de atención crítica con cobertura de cáncer	43 - 44
Información general	45
Exclusiones que corresponden a todos los beneficios médicos, dentales y de la vista.....	45 - 46
Coordinación con otros beneficios	46 - 47
Determinación de orden de beneficios	47 - 49
Subrogación de beneficios.....	50
Cómo reclamar beneficios.....	50
Aviso y prueba de reclamo.....	51
Continuación de beneficios exigida por la ley federal	51 - 54
Descripción Resumida del Plan.....	55 - 57
Declaración de derechos ERISA	58 - 59

Elegibilidad

Quién puede estar cubierto

Todos los empleados de Gaughan South LLC, que desempeña su actividad comercial como South Point Hotel and Casino, Michael J. Gaughan Airport Slot Concession, Inc., Kroyer Racing Engines LLC, Gaughan Straight Holdings, Inc., y South Point Poker LLC, a los que nos referiremos de forma colectiva de aquí en más como el “Grupo”, que califican en base a las horas de trabajo que se indican a continuación debajo de Elegibilidad inicial o Continuación de la elegibilidad pertenecen al grupo elegible y pueden recibir cobertura.

Los términos “usted” y “su”, tal como se utilizan en el presente, hacen referencia a un empleado del grupo elegible.

Elegibilidad inicial

Los empleados que son contratados como Empleados de Tiempo Completo calificarán para cobertura de atención de la salud el primer día del mes después de 60 días de empleo. Los empleados que son contratados como Empleados por Hora Variables (Tiempo Parcial) cumplirán con un período de medición de seis (6) meses que comenzará el primero del mes después de la fecha de contratación. El requisito de horas trabajadas en un período de medición de seis (6) meses para que un Empleado por Hora Variable califique para cobertura es de 780.

Continuación de la elegibilidad

Una vez que un empleado no asalariado es un miembro de South Point Benefits, el mismo debe trabajar un mínimo de 780 horas en un período de medición de seis (6) meses. Si el empleado no cumple con la cantidad exigida de horas en el período de medición, perderá su seguro el primer día del período de estabilidad subsiguiente. En ese momento, el empleado tendrá la opción de continuar con la cobertura de conformidad con la ley federal (consulte “Continuación de beneficios”). Los empleados en una licencia calificada (es decir, FMLA, USERRA, y Servicio de Jurado sin sueldo) recibirán crédito por las horas de trabajo omitidas durante su licencia. Los empleados en una licencia

personal no recibirán crédito por las horas omitidas durante su licencia (consulte información adicional en la sección “Licencias”).

Las excepciones a los requisitos de elegibilidad anteriores se indican a continuación:

Si usted es un camarero de sala especializada, encargado de limpieza de mesas, anfitrión, cajero o un empleado comisionado de Spa, la cantidad mínima de horas en un período de medición de seis (6) meses es de 700.

Medición y estabilidad (períodos de beneficios)

Períodos de Medición	Períodos administrativos	Períodos de estabilidad (beneficio)
16 abril - 15 oct.	16 oct. - 31 dic.	1.º enero - 30 junio
16 oct. - 15 abril	16 abril - 30 junio	1.º julio - 31 dic.

Si un empleado obtiene 780 horas o más durante el período de medición del plan de seis (6) meses, seguirá inscrito en el Plan de Salud South Point durante el período de estabilidad subsiguiente. Si un empleado no obtiene 780 horas o más durante el período de medición del plan de seis (6) meses, perderá su seguro y se volverán a evaluar sus horas durante el próximo período de medición en curso.

Todos los empleados

Todos los empleados deben inscribirse formalmente en el plan o renunciar a los beneficios.

Requisito de trabajo activo

Usted debe trabajar activamente para que la cobertura pueda comenzar. Para calificar como que trabaja activamente, debe haber desempeñado las funciones regulares de su ocupación durante un día de trabajo completo el día anterior al comienzo de su cobertura

y debe ser capaz de trabajar el día en el que comenzará la misma, ya sea en el domicilio social regular de su empleador o en algún otro lugar al que deba desplazarse para desempeñar su trabajo. La presente disposición corresponde únicamente si estuvo ausente del trabajo por un motivo que no sea un factor de salud.

Si no cumple con el requisito de trabajo activo en la fecha en la que comenzaría su cobertura de otra manera, la misma comenzará el día después del día en el que cumple con este requisito.

Fecha de vigencia

La fecha de vigencia para los empleados que califican estará sujeta al completado oportuno de los formularios de inscripción. Si un empleado que califica no se inscribe en South Point Benefits completando los formularios y solicitudes requeridos en un plazo de 31 días después del primer día de cobertura elegible, la cobertura puede convertirse en efectiva únicamente de conformidad con las disposiciones de “Inscripción anual tardía” o “Inscripción especial”.

Inscripción

Usted recibirá una carta de la oficina de South Point Benefits cuando se convierta en elegible para beneficios médicos. Debe presentarse en la oficina de Beneficios en un plazo de 31 días de su elegibilidad para inscribirse en el plan. Si no se inscribe de forma adecuada en el plan cuando califica por primera vez o si deja que venza su cobertura, corresponden las normas de inscripción anual tardía. Consulte los “Requisitos de documentación” para la inscripción de un cónyuge o hijo.

Inscripción anual tardía

Si un empleado no se inscribe de forma adecuada en el plan cuando califica por primera vez o si el empleado deja que venza su cobertura, el empleado puede inscribirse más adelante durante el período designado de Inscripción Anual Tardía del plan como un “inscrito tardío” siempre que el empleado haya trabajado la

cantidad de horas mínima exigida en el período de medición de seis (6) meses del 16 de abril al 15 de octubre del mismo año, tal como se indica en “Continuación de elegibilidad”. El período de inscripción anual tardía es del 1.º al 15 de diciembre. Los cambios realizados durante dicho período tendrán vigencia al 1.º de enero del próximo año.

Derechos especiales de inscripción

Si usted rechaza la inscripción para usted o sus dependientes (incluyendo su cónyuge) debido a otra cobertura de seguro de salud, es posible que en el futuro pueda inscribirse usted o inscribir a sus dependientes en este plan, siempre que solicite la inscripción en un plazo de treinta días después de que termina su otra cobertura. Para agregar nuevos dependientes debido a matrimonio, nacimiento, adopción o entrega en adopción, consulte “Cómo agregar nuevos dependientes”.

Cobertura para usted y sus dependientes

Cuando usted cuenta con cobertura de este plan también puede cubrir a sus dependientes que califican. La cobertura se ofrece en base a contribución a través de deducciones de nómina salarial. **Su costo de la cobertura por período de pago para usted y sus dependientes es el siguiente:**

	HPN Solutions	
	HMO	POS
Empleado que califica	GRATIS	\$30.00
Dependiente que califica (cónyuge)	\$20.00	\$30.00
Cada dependiente que califica (hijo)	\$15.00	\$20.00

Para que la cobertura esté en vigencia en su fecha de elegibilidad, debe haber firmado una autorización de deducción de nómina salarial.

Si usted y su cónyuge cuentan ambos con cobertura como empleados del grupo elegible, cualquiera de los dos, pero no

ambos, pueden cubrir a sus hijos que califican.

Quiénes son sus dependientes

Sus dependientes que califican son:

- A. Su cónyuge legal, a menos que estén separados legalmente o divorciados; **sin embargo, si su cónyuge califica como un empleado para una cobertura de salud grupal (incluyendo dental y de la vista) a través de otro empleador y rechazó dicha cobertura por cualquier motivo, el mismo no calificará para cobertura completa de dependiente según el presente plan (consulte “Determinación de orden de beneficios”);**
- B. Sus hijos dependientes menores de 26 años de edad, a excepción de un hijo que es un empleado cubierto del presente plan. Cuando un dependiente ya no califica como tal, el empleado debe presentarse en la oficina de South Point Benefits para completar un formulario de eliminación para poder cancelar la deducción de nómina salarial.

Para los fines de los beneficios de atención médica, un hijo que está cubierto el día antes de cumplir 26 años como su dependiente y sufre de discapacidad mental o física y es incapaz de ganarse la vida puede continuar con su cobertura como su dependiente que califica. Usted debe presentar prueba satisfactoria de dicha incapacidad en un plazo de treinta días después de que su hijo cumpla 19 años de edad de que depende principalmente de su manutención. Es posible que deba presentar además prueba periódica de la continuidad de la discapacidad y dependencia de dicho hijo, pero con una frecuencia no mayor que anual, después de su hijo cumple 26 años de edad. Si dicha prueba no resulta satisfactoria, la cobertura de dicho hijo terminará inmediatamente.

Los beneficios de seguro dental y de la vista para los hijos dependientes terminarán al momento de llegar a los 19 años de edad, a menos que la cobertura haya sido prorrogada

de conformidad con las disposiciones del párrafo anterior.

Cuándo comienza la cobertura para dependientes

Cobertura inicial

La cobertura según el plan para los dependientes que califican puede comenzar en la misma fecha que la suya, siempre que usted haya firmado una autorización de deducción de nómina salarial y cumpla con el requisito de documentación que se indica en “Requisito de documentación”.

Cómo agregar nuevos dependientes

Los recién nacidos, adopciones y entregas para adopción tendrán vigencia

en la fecha en la que usted recibe el nuevo dependiente, siempre que inscriba al niño en un plazo de 30 días del evento y presente la documentación adecuada. Las adiciones debido a matrimonio o pérdida de otra cobertura tendrán vigencia el primer día del mes después del evento, siempre que complete el formulario de inscripción y presente la documentación adecuada en un plazo de 30 días del evento.

Debe informar de dichos cambios en un plazo de 30 días de los mismos y firmar una autorización de deducción de nómina salarial **nueva o de cambio de estado**. Si no inscribe sus dependientes recientemente agregados dentro de los plazos previstos, no calificarán para inscribirse hasta el período de inscripción anual tardía.

Requisitos de documentación

Tanto para la cobertura inicial como para agregar nuevos dependientes, es necesario presentar documentación adecuada para que comience la cobertura de los dependientes:

Dependiente	Documentación requerida
Cónyuge	Certificado de matrimonio
Recién nacidos	Confirmación de nacimiento hasta recibir certificado de nacimiento
Hijos	Certificado de nacimiento
Hijastros	Certificado de matrimonio y certificado de nacimiento del niño
Hijos adoptados	Documento de adopción legal

Si no cuenta con el certificado de matrimonio, certificado de nacimiento o documentos de adopción, puede presentar la declaración de impuestos del año anterior si la misma incluye a su cónyuge y/o hijos.

Debe presentar dichos documentos en la oficina de South Point Benefits en un plazo de 30 días de la fecha de elegibilidad de dependiente, de otra manera el dependiente no calificará para inscripción hasta el período de inscripción anual tardía.

Cuándo termina su cobertura

Su cobertura terminará en lo que suceda primero entre las siguientes fechas:

- A. Al momento en que termina el empleo activo;
- B. En la fecha en la que el empleado cubierto deja de ser un miembro del grupo elegible;
- C. En la fecha de terminación del plan.

Cuándo termina la cobertura de sus dependientes

La cobertura de sus dependientes según el plan terminará en la que tenga lugar primero de las siguientes fechas:

- A. Cuando se dé por terminada la cobertura del empleado cubierto;
- B. Cuando usted deja de hacer la contribución obligatoria para la cobertura de su dependiente;
- C. Cuando el dependiente cubierto ya no cumple con la definición de un dependiente (consulte “Quiénes son sus dependientes”);
- D. Cuando un cónyuge dependiente se convierte en elegible como un empleado que califica; o cuando un hijo dependiente se convierte en elegible como un empleado según este plan;
- E. Cuando se da de baja a la cobertura de dependiente según el plan; o
- F. En la fecha de terminación del plan.

Cancelación de la cobertura de dependientes

La siguiente es una lista de los Eventos que Califican que permiten la cancelación de la cobertura de dependientes y la cancelación de sus primas previas a impuestos más allá del período de Inscripción Anual Tardía:

- Convertirse en elegible para otra cobertura
- Fallecimiento de cónyuge o hijo
- Divorcio / separación legal / anulación
- Pérdida de elegibilidad cuando un dependiente cubierto deja de cumplir con la definición de un dependiente (consulte “Quiénes son sus dependientes”)
- Terminación de una Orden de Manutención Médica de

Menores Calificada (QMCSO, por sus siglas en inglés)

Debe presentar la documentación adecuada en la oficina de South Point Benefits en un plazo de 30 días de la fecha del evento.

Licencias

De conformidad con la Ley de Licencia Familiar y Médica de 1993 (FMLA, por sus siglas en inglés), su cobertura será prorrogada por todas las licencias designadas como FMLA por el Departamento de Recursos Humanos. Es posible que califique para una licencia según la FMLA por uno de los siguientes motivos:

- El cuidado de un hijo del empleado después del nacimiento o entrega en adopción u hogar sustituto;
- El cuidado del cónyuge, hijo o hija del empleado menor de 18 años de edad, o padre/madre del empleado que tiene un problema de salud grave; o
- Por un problema de salud grave que hace que el empleado no sea capaz de desempeñar su trabajo.

Usted puede continuar con sus beneficios grupales en una licencia autorizada más allá de las 12 semanas de la licencia FMLA o licencia personal no relacionada con

FMLA sujeto a la exigencia de que usted debe hacerse cargo de los pagos de sus contribuciones y de las de la cobertura de sus dependientes. Tenga en cuenta que una licencia (que no sea una licencia FMLA que califica) puede dar lugar al incumplimiento del periodo de medición de 6 meses (consulte “Continuidad de la elegibilidad”).

Licencias y cobertura de seguro suplementario

Si cuenta con un producto de seguro suplementario y no cumple con un pago de prima debido a una licencia (u otro motivo), es su responsabilidad comunicarse con la oficina de South Point Benefits llamando al 702-797-8940 para coordinar el pago a su cargo. Si no cumple con los pagos de primas de forma oportuna su cobertura terminará.

En ese caso tendrá que esperar a la inscripción tardía anual para volver a presentar una solicitud. Tendrá que completar un formulario de evidencia de asegurabilidad y recibir aprobación para cobertura de la compañía.

Cuenta de la Sección 125

Las primas de cobertura de empleados y dependientes de South Point Benefits se deducen automáticamente antes de impuestos cuando usted se inscribe en el plan. Si no desea que sus primas sean antes de impuestos debe firmar un formulario rechazando la participación en la oficina de Beneficios.

Aviso de prácticas de privacidad

Los miembros de este plan pueden obtener una copia del aviso de prácticas de seguridad de South Point Benefits en la oficina de beneficios o visitando www.southpointteam.com.

Planes de beneficios médicos de South Point

South Point ofrece dos opciones de planes médicos.

Un plan HMO y un plan Punto de Servicio (POS).

Ambos planes cuentan con seguro pleno de Health Plan of Nevada/Sierra Health and Life, una compañía UnitedHealthcare.

Con el plan HMO, debe seleccionar un médico de atención primaria (PCP, por sus siglas en inglés).

Para consultar a un especialista u otros proveedores de atención de la salud es necesaria una derivación. Este plan es un poco menos caro (consulte la página 4).

Con el plan Punto de Servicio (POS) usted cuenta con diversos beneficios y servicios cubiertos disponibles en un diseño de plan de tres niveles: HMO, PPO, y beneficios fuera de la red.

Si se inscribe, debe seleccionar uno de los planes anteriores. Los dependientes que califican, si los agregan, recibirán cobertura del mismo plan que usted elige para su cobertura.

Beneficios de gastos dentales para empleados, cónyuges e hijos dependientes menores de 19 años!

Lista de beneficios

Tipo de servicio	Proveedor preferido	Proveedor no preferido
Servicios de atención de prevención	Cubiertos al 100% hasta un máximo de \$2,000 por año calendario (cada persona).	Corresponde el mismo máximo anual. Adicionalmente usted será responsable de los cargos que superen la prestación del plan.
Servicios básicos	Cubiertos al 75% de la prestación del plan, hasta un máximo de \$2,000 por año calendario (cada persona) después de un deducible de \$75.	Corresponde el mismo máximo anual, deducible y coseguro. Adicionalmente usted será responsable de los cargos que superen la prestación del plan.
Servicios importantes	Cubiertos al 50% de la prestación del plan hasta un máximo de \$2,000 por año calendario (cada persona) después de un deducible de \$75.	Corresponde el mismo máximo anual, deducible y coseguro. Adicionalmente usted será responsable de los cargos que superen la prestación del plan.

Beneficios de gastos dentales para empleados, cónyuges e hijos dependientes menores de 19 años

Lista de beneficios (continuación)

Tipo de servicio	Proveedor preferido	Proveedor no preferido
Ortodoncia	Hospitality Dental	Sin cobertura

Los beneficios de ortodoncia se encuentran disponibles para todos los miembros entre las edades de 10 a 18 años. La elegibilidad para atención de ortodoncia exige que el empleado haya cumplido con un año de servicio y que sea un miembro de South Point Benefits. Comuníquese con South Point Benefits para obtener mayor información.

Proveedores dentales preferidos

Proveedores dentales preferidos	Dirección	Teléfono
Hospitality Dental Associates	4955 S. Durango Dr. #201	(702) 933-7275
Quail Park Dental Edward Ruggeroli, D.D.S.	601 S. Rancho Dr. Suite A-3	(702) 382-2311
Radiant Smiles	2633 W. Horizon Ridge Pkwy #130	(702) 897-7001
Radiant Smiles	5095 Blue Diamond Rd #105	(702) 331-0010
Rose Family Dentistry	8490 Eastern Ave.	(702) 914-0000
Siena Hills Family Dental	9330 W. Flamingo Suite 112	(702) 562-2333

Proveedores dentales preferidos

Proveedores dentales preferidos	Dirección	Teléfono
Spanish Hills Dental Steve Wilson, D.D.S.	8910 W. Tropicana #5	(702) 257-9444
Madison Ave Dental	4358 W. Cheyenne Ave	(702) 735-9500
Summerlin Dental	410 S Rampart Blvd #360	(702) 228-2218
Whitney Ranch Dental	1001 Whitney Ranch Dr #110	(702) 223-2787
Green Valley Dental Group	710 Coronado Center Dr #100	(702) 260-0102
Best Smiles Dentistry ADULTOS Y PEDIATRÍA	4318 S Eastern Ave	(702) 776-9926
Mint Dental PEDIATRÍA	375 N. Stephanie Bldg #6	(702) 990-7336
Dentistry for Children PEDIATRÍA	2551 N. Green Valley Pkwy #400-A	(702) 458-6684
Dentistry for Children PEDIATRÍA	700 E. Silverado Ranch #110	(702) 431-6600
Galaxy Smiles PEDIATRÍA	9575 W. Tropicana Ave. #5	(702) 633-8331
Kids Dental Safari PEDIATRÍA	2381-B Renaissance Dr.	(702) 786-6684
Pediatric Dental Care Assoc. PEDIATRÍA	8981 Sahara Ave. Suite 110	(702) 254-4220
Pediatric Dental Care Assoc. PEDIATRÍA	6365 Simmons St. #100	(702) 853-7322

Proveedores dentales preferidos

Proveedores Dentales	Dirección	Teléfono
Mark Glyman, M.D., D.D.S. Eric Swanson, M.D., D.D.S. CIRUGÍA BUCAL	Henderson Office 825 N Gibson Rd #441	(702) 892-0833
Mark Glyman, M.D., D.D.S. Eric Swanson, M.D., D.D.S. CIRUGÍA BUCAL	Summerlin Office 1775 Village Center	(702) 507-5555
Matthew Kukuchi, DMD CIRUGÍA BUCAL	630 S. Rancho Suite B	(702) 870-2555
Matthew Kukuchi, DMD CIRUGÍA BUCAL	5765 S Fort Apache Rd #110	(702) 876-6337
Canyon Ridge Cirugía bucal y maxilofacial Charles Calder, D.D.S., M.D.	6140 South Fort Apache Rd.	(702) 655-8400
Nevada Endodontics Daniel Shalev, D.D.S. ENDODONTICS	2510 Wigwam Pkwy. Suite 200	(702) 263-2000

Su cobertura de beneficios de gastos dentales

Lista de procedimientos dentales cubiertos

La siguiente es una lista de los procedimientos dentales más frecuentes. Si uno o más de los procedimientos en la lista resultarían adecuados según la práctica odontológica habitual, el cargo máximo cubierto será el monto permitido por el cargo que resulte menor.

Servicios de atención de prevención

- A. Examen bucal - examen bucal inicial de rutina (límite de uno cada seis meses)
- B. Profilaxis (limpieza) - profilaxis para personas, tratamientos que incluyen raspaje y pulido (límite de un tratamiento cada seis meses)
- C. Radiografías de rutina - cuatro placas de mordida (límite de una serie cada seis meses)

*** Tenga en cuenta lo siguiente: las radiografías bucales completas están cubiertas como servicios básicos.**

Servicios básicos

- A. Consultas y exámenes
 - 1. Flúor y selladores cubiertos hasta los 15 años de edad.
 - 2. Consultas en consultorio durante el horario de atención normal para tratamiento y observación de lesiones de los dientes y estructura de soporte (más allá de procedimientos operativos de rutina)
 - 3. Consultas profesionales fuera del horario de atención (el pago tendrá lugar en base a los servicios prestados o la consulta, lo que resulte mayor)
 - 4. Consulta especial por parte de un especialista para presentación de caso cuando un dentista general llevó a cabo procedimientos de diagnóstico
 - 5. Tratamiento paliativo de emergencia por consulta

B. Radiografías y patología (excepto en caso de lesiones, los cargos de placas incluyen el examen)

1. Placa única
2. Placas adicionales (hasta 12)
3. Serie de dentadura completa que consiste de por lo menos 14 placas, incluyendo mordedura si es necesario (no más allá de una vez cada treinta y seis meses)
4. Intraoral, vista oclusal, maxilar o mandibular
5. Mandíbula superior o inferior, extraoral, una placa
6. Mandíbula superior o inferior, extraoral, dos placas
7. Exploración panorámica, maxilar y mandibular, única placa
(no más allá de una vez cada treinta y seis meses)
8. Biopsia y examen de tejido oral
9. Modelos de estudio
10. Examen microscópico

C. Cirugía oral (incluye anestesia local y atención postoperatoria de rutina)

1. Extracciones
2. Sin complicaciones (única)
 - a. Cada diente adicional
 - b. Remoción quirúrgica de diente brotado
 - c. Consulta postoperatoria (suturas y complicaciones) después de extracciones múltiples e impactación
3. Diente impactado
 - a. Remoción de diente (tejido blando)
 - b. Remoción de diente (parcialmente óseo)
 - c. Remoción de diente (completamente óseo)
4. Reconstrucciones alveolares o gingivales
 - a. Alveolectomía (edéntulo) por cuadrante
 - b. Alveolectomía (además de remoción de diente) por cuadrante

- c. Alveoplastia con extensión de rebordes, por arco
- d. Remoción de rodete palatino
- e. Remoción de rodetes mandibulares, por cuadrante
- f. Escisión de tejido hiperplásico, por arco
- g. Escisión de encías pericoronales
- 5. Quistes odontogénicos y neoplasmas
 - a. Incisión y drenaje o absceso
 - b. Remoción de quistes o tumores hasta 1 1/2"
 - c. Remoción de quistes o tumores de más de 1 1/2"
- 6. Otros procedimientos quirúrgicos
 - a. Transplantes de dientes o brotes dentarios
 - b. Sinusotomía maxilar para remoción de fragmento de diente
 - c. Frenectomía

D. Anestesia - general (únicamente cuando se suministra en conjunto con un procedimiento quirúrgico)

E. Periodoncia

- 1. Tratamiento de emergencia (absceso periodontal, periodontitis aguda, etc.)
- 2. Curetaje subgingival, alisado radicular, por cuadrante (no profilaxis)
- 3. Profilaxis periodontal - considerada lo mismo que profilaxis de rutina (sujeto a un límite de seis meses)
- 4. Corrección de oclusión relacionada con problemas periodontales, por cuadrante
- 5. Gingivectomía incluyendo consultas posteriores a cirugía (por cuadrante)
- 6. Gingivectomía, cirugía ósea o mucogingival (incluyendo consultas posteriores a cirugía) por cuadrante
- 7. Gingivectomía, tratamiento por diente (menos de seis dientes)

F. Endodoncia

1. Recubrimiento pulpar (cuando se lleva a cabo antes de la fecha de la restauración final)
2. Pulpotomía terapéutica (además de restauración)
3. Pulpotomía vital
4. Remineralización (hidróxido de calcio, restauración temporal) únicamente como un procedimiento por separado

G. Tratamiento de conducto (incluyendo radiografías y culturas necesarias, pero excluyendo restauraciones finales)

1. Tratamiento de conducto raíz única (método tradicional)
2. Tratamiento de conducto raíz única (método Sargenti)
3. Tratamiento de conducto raíz doble (método tradicional)
4. Tratamiento de conducto raíz doble (método Sargenti)
5. Apicectomía (incluyendo empaste de conducto)
6. Apicectomía (procedimiento por separado)

H. Restauración dental, excluyendo incrustaciones, coronas (más allá de acero inoxidable) y puentes. (Múltiples restauraciones en una superficie se considerarán como una única restauración).

1. Restauraciones de amalgama - diente primario
 - a. Caries que incluyen una superficie
 - b. Caries que incluyen dos superficies
 - c. Caries que incluyen tres o más superficies
2. Restauraciones de amalgama - diente permanente
 - a. Caries que incluyen una superficie
 - b. Caries que incluyen dos superficies
 - c. Caries que incluyen tres o más superficies
3. Restauraciones sintéticas
 - a. Empastes de cemento de silicato
 - b. Empaste plástico
 - c. Empaste compuesto que incluye una superficie

- d. Empaste compuesto que incluye dos superficies
- e. Empaste compuesto que incluye tres o más superficies
- 4. Pernos - perno (retención) cuando se utiliza parte de una restauración en lugar de una restauración de oro o corona
- 5. Coronas - acero inoxidable (cuando no es posible restaurar el diente con material de empaste)
- 6. Reparaciones de prótesis dentales totales o parciales
 - a. Roturas de prótesis dentales, sin dientes afectados
 - b. Reparaciones de prótesis dentales (metal)
 - c. Reemplazo de dientes faltantes o rotos, cada diente
- 7. Agregado de dientes a una prótesis dental parcial para reemplazar dientes naturales extraídos
 - a. Primer diente
 - b. Primer diente con sujeción
 - c. Cada diente adicional con sujeción
- 8. Mantenedores de espacio (incluye todos los ajustes dentro de los seis meses después de la instalación)
 - a. Mantenedor de espacio fijo (tipo de marca)
 - b. Acrílico removible con apoyo de alambre redondeado únicamente
 - c. Sujeciones de acero inoxidable y/o alambre, además de prestación básica, por alambre o sujeción

Servicios importantes

Restauración. Las restauraciones de molde y coronas están cubiertas únicamente cuando son necesarias debido a caries o lesión traumática y no pueden ser restauradas con material de empaste.

A. Incrustación

1. Una superficie
2. Dos superficies
3. Tres o más superficies
4. Recubrimiento además de incrustación
5. Coronas
6. Acrílico
7. Acrílico con oro
8. Acrílico con metal no precioso
9. Porcelana
10. Porcelana con oro
11. Porcelana con metal no precioso
12. Metal no precioso (molde completo)
13. Oro (molde completo)
14. Oro (3/4 molde)
15. Perno de espiga de oro

B. Prostodoncia

1. Estribos de puente (consulte incrustaciones y recubrimientos)
2. Pónticos
3. Oro de molde (sanitario)
4. Molde de metal no precioso
5. Ranurado orientado (estilo tru-pontic)
6. Porcelana fundida con oro

7. Porcelana fundida con metal no precioso
8. Plástico procesado con oro
9. Plástico procesado con metal no precioso
- C. Puente removible (unilateral)
 1. Molde de una pieza, sujeción de oro o aleación de cromo cobalto (todos los tipos), por unidad incluyendo pónicos
 2. Recementación
- D. Incrustación
 1. Corona
 2. Puente
 3. Reparaciones: coronas o puentes
- E. Prótesis dentales y parciales (los honorarios por prótesis dentales y prótesis parciales incluyen ajustes y revestimientos dentro de los seis meses después de la instalación). Las técnicas y caracterizaciones especializadas no califican.
 1. Prótesis superior completa
 2. Prótesis inferior completa
 3. Superior o inferior parcial de acrílico con sujeciones de oro o aleación de cromo cobalto, base, hasta 4 dientes y 2 sujeciones
 4. Cada diente o sujeción adicional
 5. Liberadores de tensión simples, extra
 6. Prótesis parcial temporal, base
 7. Cada diente o sujeción adicional
 8. Los revestimientos (en el consultorio o laboratorio) y acondicionamientos de tejidos están permitidos una vez, si tienen lugar por lo menos seis (6) meses después de la colocación, pero no más de una vez cada dieciocho (18) meses
 9. Duplicación de prótesis, por prótesis
 10. Acondicionamiento especial de tejido, por prótesis
 11. Ajustes de prótesis más de seis meses después de

la instalación.

Gastos dentales cubiertos

Si usted o un dependiente cubierto incurre en cargos por beneficios de gastos dentales que califican, dichos cargos estarán cubiertos en la medida en que:

- A. Sean usuales y acostumbrados, tal como lo determine el plan;
- B. Constituyan tratamiento necesario; y
- C. Tengan lugar mientras está cubierto por este beneficio.

El plan pagará, a la tarifa del coseguro, los gastos cubiertos que superan todo monto de deducible aplicable. El monto máximo pagadero, el monto del deducible y la tarifa de coseguro se describen en la lista de beneficios. Para los fines de la frecuencia y máximos anuales, el plan utiliza la fecha de preparación en lugar de la fecha de instalación.

El pago está sujeto a lo siguiente:

- A. El plan de tratamiento dental debe ser necesario para ser tomado en cuenta:
 - 1. Se recomienda la presentación de un plan de tratamiento dental cuando se espera que los gastos superarán los \$400, a menos que tenga lugar una emergencia dental.
- B. Cuando un servicio o suministro cuenta con una alternativa adecuada que cumple con los estándares aceptados de la práctica dental, el servicio o suministro que tenga el menor valor será considerado el cargo cubierto;
- C. El monto máximo pagadero no debe superar el máximo aplicable que se indica en la lista de beneficios;
- D. Los cargos cubiertos por gastos dentales serán considerados incurridos para lo siguiente:
 - 1. Aplicaciones o modificaciones de aplicaciones en la fecha que se realiza la impresión maestra;

2. Una corona, puente, incrustación o recubrimiento en la fecha en que se prepara el diente o dientes;
3. Tratamiento de conducto en la fecha en la que se abre la cavidad pulpar; y
4. Todo otro cargo en la fecha en la que se presta el servicio o se entrega el suministro.

Exclusiones de gastos dentales

No se ofrece cobertura de servicios o suministros para los cuales no tiene lugar un cargo de forma acostumbrada si no existe cobertura. No se ofrecerá cobertura por una pérdida que sea causada o que se deba a:

- A. Una prótesis removible parcial o total o puente fijo, o por la adición de dientes a los mismos, o por una corona o restauración de oro, si incluye un reemplazo o modificación de una prótesis, puente, corona, o restauración de oro que fue instalada durante los cinco años inmediatamente anteriores;
- B. Una prótesis removible parcial o total o puente fijo si incluye el reemplazo de uno o más dientes naturales extraídos antes de que la persona esté cubierta por el plan, a menos que la prótesis o puente fijo incluya además el reemplazo de un diente natural que es extraído mientras la persona está cubierta y no era un estribo de una prótesis parcial o puente fijo instalado dentro de los cinco años inmediatamente anteriores;
- C. Un servicio que es una aplicación o modificación de una aplicación para el cual se hizo una impresión antes de que dicha persona estuviera cubierta, o una corona, puente o restauración de oro para la cual el diente fue preparado antes de que dicha persona esté cubierta, o un tratamiento de conducto para el cual la cavidad pulpar fue abierta antes de que dicha persona se convierta en cubierta;
- D. Un servicio prestado para fines cosméticos, a menos que se

deba a una lesión. Los recubrimiento de coronas, o puentes, posteriores al segundo premolar, se considerarán siempre cosméticos; la atención dental de una malformación congénita o de desarrollo;

- E. Aplicaciones, restauraciones o procedimientos para fines de modificar la dimensión vertical, restablecer o mantener la oclusión, fijación o reemplazo de una estructura dental perdida debido a abrasión o atrición, o tratamiento de trastornos de la articulación temporomandibular;
- F. Un servicio de ortodoncia y/o reemplazo de aplicaciones perdidas o robadas, o aplicaciones o restauraciones necesarias para aumentar la dimensión vertical o restablecer la oclusión o para fines de fijación (con la excepción de ORTODONCIA);
- G. Gastos en la medida de los beneficios o servicios que se suministran de otra manera según el plan o de conformidad con todo otro plan de hospital, quirúrgico, médico o dental al que contribuyó el empleado o patrocina de otra manera;
- H. Un servicio no provisto por un dentista, excepto:
 - 1. Que fue realizado por un higienista dental con licencia bajo supervisión de un dentista; y
 - 2. Radiografías pedidas por un dentista.
- I. Implantes y todos los cargos relacionados.

**Beneficios de gastos de la vista para empleados,
cónyuges e hijos dependientes menores de
19 años de edad**

Lista de beneficios

Tipo de servicio	Proveedor preferido	Proveedor no preferido
Examen - análisis visual Una vez cada 24 meses	\$15 de copago, el plan paga \$70 por el examen completo.	El plan paga \$70, el empleado paga el saldo.
Lentes y armazones (o lentes de contacto) una vez cada 24 meses	El plan paga un máximo de \$150, el empleado paga el saldo.	El plan paga un máximo de \$150, el empleado paga el saldo.

Este plan no ofrece beneficios de la vista para dependientes con otra cobertura de la vista

Proveedores de la vista preferidos

Proveedores de la vista preferidos para examen - vista	Dirección	Teléfono
Mark Doubrava, M.D.	9011 W. Sahara, Suite 101	(702) 794-2020
Shepherd Eye Center	2475 Horizon Ridge Pkwy #120	(702) 731-2088
	3575 Pecos-McLeod	(702) 731-2088
	2100 N. Rampart Blvd.	(702) 731-2088
	9100 W. Post Road	(702) 731-2088
	6850 N Durango Dr #404	(702) 731-2088

Su cobertura de beneficios de gastos de la vista

Gastos de la vista cubiertos

Si usted o un dependiente cubierto incurren en gastos por alguno de los servicios o suministros que se indican en la lista de beneficios de la vista, se pagarán los beneficios que se describen en las siguientes páginas, con las limitaciones que se indican.

En el caso de cargos por parte de un médico por dichos servicios o suministros, el plan pagará un monto igual a los cargos pero no superior que el monto que se indica en la lista de beneficios de gastos de la vista.

Definiciones

“Examen-análisis visual” significa los siguientes servicios:

- A. Historial del caso completo;
- B. Medición y registro de agudeza visual, corregida y no corregida;
- C. Examen de fondos de ojo, medio, cristalino, disco óptico y reflejo pupilar para detectar patologías;
- D. Medición de la curvatura de la córnea;
- E. Retinoscopía;
- F. Fusión visual, distancia y de cerca;
- G. Estereopsis, distancia y de cerca;
- H. Discriminación de color;
- I. Análisis de las determinaciones;
- J. Determinación de receta (si es necesario);
- K. Medición y registro de agudeza visual, distancia y de cerca, con nueva receta si es necesario; pero un examen completo no está limitado necesariamente a dichos servicios.

“Servicios y suministros de la vista”, en lo que se refiere a lentes o armazones, significa la provisión de dichos lentes o armazones y los siguientes servicios:

- A. Asesoramiento profesional para la elección de armazones;
- B. Mediciones faciales y preparación de especificaciones para anteojos recetados;
- C. Verificación y ajuste de anteojos recetados;
- D. Reevaluación e informe de avance dos o cuatro semanas después del ajuste de una nueva receta;
- E. Servicios subsiguientes; pero dichos servicios no se limitan necesariamente a los que se listan.

Límites a los gastos de la vista

Durante todo período de veinticuatro (24) meses consecutivos se considerará un gasto que califica al pago de no más de un examen completo.

Se pagarán beneficios para un máximo de dos (2) lentes durante todo período de veinticuatro (24) meses consecutivos.

Se pagarán beneficios para un máximo de un (1) juego de armazones durante todo período de veinticuatro (24) meses consecutivos.

Si la persona cubierta prefiere lentes de contacto en lugar de lentes y armazones, el plan pagará a la persona cubierta un máximo de \$150 en lugar de lentes y armazones. El receptor no tendrá derecho a lentes y armazones durante un período adicional de veinticuatro (24) meses consecutivos y luego únicamente si es necesario debido a un examen de la vista.

Exclusiones de gastos de la vista

No se pagarán beneficios por ningún cargo por servicios o suministros:

- A. Que serían proporcionados o por los cuales el paciente tendría derecho a un pago de conformidad con toda otra disposición (a excepción de toda disposición de beneficios de gastos médicos importantes) del plan, pero únicamente en la medida en que dichos beneficios sean pagaderos de esa manera;
- B. Proporcionados para atención y tratamiento quirúrgico o médico de una enfermedad o lesión ocular;
- C. Para anteojos de sol, recetados o no, o gafas de seguridad;
- D. Para ortóptica, entrenamiento de la visión, o anisometropía;
- E. Que el paciente no debería pagar de no existir la cobertura;
- F. Por servicios o suministros que no son necesarios desde un punto de vista médico para la atención y tratamiento de una lesión o enfermedad;
- G. En la medida en que superen lo siguiente:
 - 1. El cargo acostumbrado de la persona u organización por los servicios prestados; o

El nivel de cargos generales por parte de terceros en el mismo lugar para dichos servicios o suministros.

Definiciones - beneficios dentales y de la vista

Tal como se usan en el Cuadernillo del Plan de Beneficios Grupales:

“Coseguro” significa el porcentaje de prestaciones del plan o cargos facturados, lo que resulte menor, que los miembros deben pagar a un proveedor.

Los montos de porcentaje de coseguro pueden ser diferentes por procedimiento y se explican en el libro de beneficios.

“Gastos cubiertos” significa los cargos que tienen lugar necesariamente debido a diagnóstico o tratamiento de una condición de una persona cubierta y que están sujetos a una prestación del plan.

“Dentista” significa un dentista con licencia que actúa dentro del alcance de su licencia. Incluye a un médico que proporciona servicios dentales cubiertos que está autorizado a desempeñar. No puede ser un miembro de su familia cercana ni la de su dependiente. Un dentista se considera un proveedor de atención de la salud.

“Tratamiento experimental o de investigación (incluyendo medicamentos)”

significa tratamiento para el cual no se pagan beneficios, y que se verifica que es experimental o de investigación en base a información de la Asociación Médica de los Estados Unidos, el Cirujano General de los Estados Unidos, el Instituto Nacional de Salud, la Asociación Dental de los Estados Unidos, la Asociación Osteopática de los Estados Unidos, y la Administración de Alimentos y Medicamentos.

“Familia cercana” significa su cónyuge, hijos, hermanos, hermanas o padres o los de su dependiente.

“Lesión” significa lesión corporal causada por un accidente. Debe tener lugar directamente y de forma independiente de toda otra causa de pérdida cubierta por el plan.

“Persona inscrita de forma tardía” es una persona que se inscribe en el plan fuera de la fecha más temprana en la que la cobertura puede convertirse en efectiva según los términos del plan.

“Medicare” significa todas las partes del seguro de salud proporcionado por el Título XVIII de la Ley de Seguridad Social Federal.

“Necesario” significa tal como lo recomienda un médico.

“Médico” significa un profesional con licencia de las ciencias de la curación que actúa dentro del alcance de su licencia. No puede ser un miembro de su familia cercana o la de su dependiente.

“Plan” significa el Plan de Beneficios Dental/de la Vista y Bienestar de South Point Hotel and Casino.

“Patrocinadores del Plan” significa South Point Hotel and Casino.

“Año del Plan” significa el período anual desde el 1.º de enero al 31 de diciembre.

“Cónyuge” es la parte con la cual está usted casado actualmente, y no está separado legalmente, en un matrimonio que es reconocido por 122.010 y 122.020 de los Estatutos Revisados de Nevada.

Beneficios de superviviente

La presente sección ofrece información importante sobre el **seguro de vida a término, seguro por accidente personal, y seguro de vida de dependientes.**

Beneficio de vida básico

El monto de su seguro de vida a término es de \$10,000. Si su fallecimiento tiene lugar mientras cuenta con cobertura del Plan de Beneficios Grupal, su seguro de vida a término será pagado a toda persona que usted designe como su beneficiario. Puede cambiar su beneficiario en cualquier momento completando un formulario de cambio de beneficiario.

El presente es un plan de emisión garantizada y no tendrá que responder preguntas médicas. Si se convierte en totalmente discapacitado mientras está asegurado y tiene menos de 60 años de edad, su seguro puede continuar durante su discapacidad si entrega al proveedor de seguro de vida una prueba de su discapacidad total en un plazo de un año de la fecha en la que dejó todo trabajo activo de tiempo completo.

Es posible que califique para seguro de vida adicional pagado por la compañía en base a su salario. Consulte a la oficina de South Point Benefits para acceder a información adicional.

Seguro por accidente básico

El monto principal de esta cobertura es de \$10,000 para cada empleado.

Los beneficios por pérdida accidental de miembros o de la vista pueden ser pagaderos en un monto menor que la suma principal; sin embargo, los pagos totales por todas las pérdidas debido a todo accidente individual no superarán el monto principal.

Exclusiones (pueden variar según el estado)

No se pagará ningún beneficio por pérdida directa o indirectamente causada por lo siguiente:

- Suicidio o lesión autoinfligida intencional, en uso o no de las facultades mentales.
- Enfermedad física o mental.
- Infección bacteriana o envenenamiento por bacterias.

Excepción:

Infección debido a un corte o herida causada por un

accidente.

- Viajar o descender de una aeronave como un piloto o miembro de la tripulación.
- Todo conflicto armado, ya sea declarado como guerra o no, que incluya todo país o gobierno.
- Lesión sufrida durante servicio militar para todo país o gobierno.
- Lesión que tiene lugar mientras comete un delito o intenta cometer un delito.
- Uso de toda droga, narcótico o agente alucinógeno -
 - o A menos que sea recetado por un médico;
 - o Que es ilegal; o
 - o No fue tomado como lo indicó un médico o el fabricante.
- La intoxicación de la persona asegurada. Intoxicación significa todo contenido de alcohol en la sangre de una persona que cumple o supera la presunción legal de intoxicación según la ley del estado en el que tiene lugar el accidente.

Beneficio de vida de dependiente

En caso de fallecimiento de uno de sus dependientes cubiertos mientras está cubierto por el Plan de Beneficios Grupales, le pagaremos a usted un beneficio por fallecimiento de \$2,500 cuando recibamos prueba del fallecimiento del dependiente.

Cobertura de seguro suplementario!

El objetivo del Plan de Beneficios Grupales es proteger su seguridad financiera proporcionando una lista integral de beneficios que incluyen seguro de vida básico, de salud, dental, medicamentos bajo receta y de la vista. Debido a que existe un costo mínimo para esta protección básica, muchos empleados tienen la posibilidad financiera de mejorar su paquete aprovechando diversos programas suplementarios que ofrecen protección adicional a tarifas grupales negociadas por South Point Benefits para su beneficio.

Los programas de seguro suplementario incluyen:

- o Seguro de vida suplementario
- o Seguro por accidente personal (PAI)
- o Seguro de ingresos por discapacidad
 - o Discapacidad de corto plazo (STD)
 - o Discapacidad de largo plazo (LTD)
- o Seguro de vida universal con atención de largo plazo
- o Cobertura preferida de seguro por accidente
- o Seguro de atención crítica con cobertura de cáncer

La mayoría de los empleados considerarán que se trata de una manera conveniente y económica de satisfacer sus necesidades de seguros más allá de la cobertura gratuita que ofrece la compañía. Las tarifas de los programas de seguro voluntarios están disponibles en la oficina de South Point Benefits.

Seguro de vida suplementario

El seguro de vida ofrece protección básica para sus seres queridos si a usted le sucede algo. A pesar de que muchos hogares de los Estados Unidos cuentan con seguro de vida, a menudo el monto promedio de cobertura es inadecuado para satisfacer las necesidades de la familia o para pagar deudas. Aprovechar la cobertura de seguro de vida que ofrece su empleador puede ser un componente importante de su seguridad financiera.

Seguro de vida suplementario - aspectos básicos del programa

- Además del seguro de vida básico que ofrece South Point Benefits, los empleados que califican pueden decidir contratar seguro adicional inscribiéndose en un programa de seguro de vida a término suplementario.
- El seguro de vida básico y suplementario está asegurado por Principal Finance Group.
- Si rechaza la cobertura de seguro de vida suplementario al

momento de la elegibilidad inicial, sólo puede solicitarlo durante el período anual de inscripción abierta y deberá presentar evidencia de asegurabilidad que resulte satisfactoria a Principal Financial.

- Puede cancelar la cobertura de seguro de vida suplementario en cualquier momento.

Seguro de vida suplementario - cobertura disponible

Para usted:

- Puede solicitar cobertura de seguro de vida suplementario de \$10,000 a \$500,000 en incrementos de \$10,000, que no puede superar 5 veces su salario anual.
- Tiene garantizado \$150,000 de cobertura de seguro de vida suplementario si lo elige durante su período de inscripción inicial.
- Si elige la cobertura durante su período de inscripción inicial y desea aumentar el monto durante el período de inscripción abierta anual, puede solicitar cobertura hasta el monto de emisión garantizada sin evidencia de asegurabilidad.
- Si rechaza la cobertura durante el período de inscripción abierta anual, sólo puede solicitarlo durante el período anual de inscripción abierta y deberá presentar evidencia de asegurabilidad que resulte satisfactoria a Principal Financial.
- Los montos de beneficios se reducen al 65% de la cobertura original a la edad de 70 y al 50% de la cobertura original a la edad de 75. Consulte su certificado para acceder a las disposiciones sobre la terminación del seguro.

Para su cónyuge:

- Si usted está cubierto por seguro de vida suplementario, puede solicitar cobertura de seguro de vida suplementario de cónyuge dependiente de \$5,000 a \$250,000 en incrementos de \$5,000. Su cónyuge tendrá que presentar evidencia de asegurabilidad que resulte satisfactoria a Principal para la cobertura que supere los \$50,000.

- Los montos de beneficios se reducen al 65% de la cobertura original a la edad de 70 y al 50% de la cobertura original a la edad de 75.
- La cobertura de cónyuge dependiente termina cuando su cónyuge ya no es un dependiente tal como se define en su certificado de cobertura. Consulte su certificado para acceder a las disposiciones sobre la elegibilidad y la terminación del seguro de dependiente.

Para sus hijos:

- Si usted está cubierto por seguro de vida suplementario, puede solicitar cobertura de seguro de vida para hijos dependientes de \$2,000 a \$10,000 en incrementos de \$2,000.
- Este beneficio está limitado a \$1,000 para hijos desde el nacimiento hasta los 6 meses de edad.
- Si solicita seguro de vida para hijos dependientes cuando califica por primera vez, no es necesario presentar evidencia de asegurabilidad de sus hijos.
- La cobertura de hijos dependientes termina cuando cada hijo ya no es un dependiente tal como lo define su certificado de cobertura. Consulte su certificado para acceder a las disposiciones sobre la elegibilidad y la terminación del seguro de dependiente.

Es posible que califique para convertir o transferir sus productos de seguro de vida suplementario si deja la compañía. Si está interesado en convertir o transferir su cobertura, es su responsabilidad comunicarse con la oficina de South Point Benefits llamando al 797-8940 para solicitar un formulario de conversión o transferencia de seguro de vida. Debe completar dicho formulario y entregarlo en la oficina de South Point Benefits en un plazo de 30 días de la fecha en la que termina su empleo.

Seguro por accidente personal

El seguro por accidente personal (PAI, por sus siglas en inglés) ofrece protección adicional para sus seres queridos en caso de que usted fallezca o sufra una lesión grave en un accidente cubierto. El PAI puede ayudarlo a usted o a su familia a hacer frente a los gastos y obligaciones financieras que surgen de un accidente grave.

Seguro por accidente personal - aspectos básicos del programa

- Paga beneficios adicionales a los empleados por un accidente cubierto que da lugar a la pérdida de miembros, de la vista o de la vida. Es posible que el plan de su empleador cubra otras pérdidas.
- A menos que el certificado indique lo contrario, los beneficios se pagan directamente al empleado asegurado o a su beneficiario.
- Se encuentra disponible cobertura de cónyuge.
- Se encuentra disponible cobertura de hijos.
- El PAI es asegurado por Principal Financial Group.
- Si rechaza la cobertura de seguro por accidente personal al momento de su elegibilidad inicial, únicamente podrá solicitar cobertura durante el período de inscripción abierta anual. No será necesario presentar evidencia de asegurabilidad.
- Puede cancelar su cobertura de seguro por accidente personal en cualquier momento.

Seguro por accidente personal - cobertura disponible

Para usted:

- Puede solicitar cobertura PAI en los siguientes montos:
 - \$50,000
 - \$100,000
 - \$150,000
 - \$200,000
 - \$250,000

- Consulte su certificado para acceder a las disposiciones sobre la terminación del seguro.

Para su familia:

- Si usted está cubierto por PAI, puede solicitar cobertura PAI para su familia.
- Si tanto su cónyuge como sus hijos están cubiertos, la cobertura de cónyuge será de 50% de su monto PAI y la cobertura de sus hijos será de 10% de su monto PAI. Si únicamente su cónyuge está cubierto, la cobertura de cónyuge será de 60% de su monto PAI. Si únicamente sus hijos están cubiertos, la cobertura de sus hijos será de 15% de su monto PAI.
- La cobertura de dependientes termina cuando su cónyuge o hijo ya no es un dependiente tal como lo define su certificado de cobertura. Consulte su certificado para acceder a las disposiciones sobre elegibilidad y la terminación del seguro de dependientes.

Exclusiones (pueden variar según el estado)

No se pagará ningún beneficio por pérdida directa o indirectamente causada por lo siguiente:

- Suicidio o lesión autoinfligida intencional, en uso o no de las facultades mentales.
- Enfermedad física o mental.
- Infección bacterial o envenenamiento por bacterias.

Excepción:

Infección debido a un corte o herida causada por un accidente.

- Viajar o descender de una aeronave como un piloto o miembro de la tripulación.
- Todo conflicto armado, ya sea declarado como guerra o no, que incluya todo país o gobierno.
- Lesión sufrida durante servicio militar para todo país o gobierno.
- Lesión que tiene lugar mientras comete un delito o intenta cometer un delito.
- Uso de toda droga, narcótico o agente alucinógeno -

- o A menos que sea recetado por un médico;
- o Que es ilegal; o
- o No fue tomado como lo indicó un médico o el fabricante.
- La intoxicación de la persona asegurada. Intoxicación significa todo contenido de alcohol en la sangre de una persona que cumple o supera la presunción legal de intoxicación según la ley del estado en el que tiene lugar el accidente.

Seguro de ingresos por discapacidad

La cobertura de ingresos por discapacidad protege un porcentaje de sus ingresos si sufre una enfermedad o lesión y no puede trabajar durante un plazo prolongado. Los beneficios de ingresos semanales ofrecen apoyo financiero a los empleados cuando tiene lugar una enfermedad o lesión que les impide trabajar durante un período de semanas. Los beneficios de ingresos mensuales garantizan apoyo financiero que cubrirá la brecha entre gastos e ingresos durante un período de discapacidad más prolongado.

Seguro de ingresos por discapacidad - aspectos básicos del programa

- La discapacidad de corto plazo (STD, por sus siglas en inglés) ofrece beneficios de ingresos semanales. Usted puede elegir cobertura para reemplazar una parte de sus ingresos que califican durante la discapacidad.
- La discapacidad de largo plazo (LTD, por sus siglas en inglés) ofrece beneficios de ingresos mensuales. Usted puede elegir cobertura para reemplazar una parte de sus ingresos que califican durante la discapacidad.
- El seguro grupal de ingresos por discapacidad está asegurado por Principal Financial Group.
- Si rechaza la cobertura de seguro de ingresos por discapacidad al momento de la elegibilidad inicial, únicamente puede solicitarlo durante el período de inscripción abierta anual y deberá presentar evidencia de asegurable que resulte satisfactoria a Principal Financial.
- Puede cancelar el seguro de ingresos por discapacidad en

cualquier momento.

Seguro de ingresos por discapacidad - cobertura disponible

Discapacidad de corto plazo (beneficios de ingresos semanales)

- 60% de sus ganancias semanales básicas
- Beneficio máximo de ingresos semanales = \$500
- Beneficio mínimo de ingresos semanales = \$25
- Período de espera del beneficio por discapacidad causada por lesión accidental = 15 días
- Período de espera del beneficio por discapacidad causada por enfermedad = 15 días
- Período de beneficio máximo = 17 semanas
- Si elige cobertura más allá de 31 días después de que califica por primera vez, debe presentar evidencia de asegurabilidad que resulte satisfactoria a Principal Financial.
- Consulte la información adicional sobre Exclusiones, Limitaciones y Compensaciones que corresponden a esta cobertura. Tenga en cuenta que todos los beneficios están sujetos a cambio.

Discapacidad de largo plazo (beneficios de ingresos mensuales)

- 60% de sus ganancias mensuales básicas
- Beneficio máximo de ingresos mensuales = \$6,000
- Beneficio mínimo de ingresos mensuales = \$100
- Período de espera de beneficios = 120 días
- Período máximo de beneficios = 5 años
- Si elige cobertura más allá de 31 días después de que califica por primera vez, debe presentar evidencia de asegurabilidad que resulte satisfactoria a Principal Financial.
- Consulte la información adicional sobre Exclusiones, Limitaciones y Compensaciones que corresponden a esta cobertura. Tenga en cuenta que todos los beneficios están sujetos a cambio.

Pagos de primas de seguro suplementario

Sus pagos de primas para la cobertura de seguro suplementario

tienen lugar a través de deducciones de nómina salarial. Si omite un pago de prima debido a una licencia u otro motivo, es su responsabilidad comunicarse con la oficina de South Point Benefits para organizar el pago. Si no lleva a cabo el pago de forma oportuna, se dará por terminada a su cobertura. En ese caso, tendrá que esperar hasta el período de inscripción anual tardía para volver a solicitar el seguro. Tendrá que completar un formulario de evidencia de asegurabilidad y recibir aprobación para cobertura por parte de la compañía de seguros.

Puede inscribirse en seguro de vida total Premier, seguro por accidente de su elección de plan, y seguro por enfermedad crítica Premier con cobertura de cáncer únicamente durante la inscripción abierta que tiene lugar del 1.º al 15 de diciembre de cada año.

Seguro de vida universal con cobertura de atención de largo plazo

El seguro de vida universal fue diseñado para ofrecer una base de cobertura de seguro de vida durante toda su vida. Le ofrece protección de seguro de vida, acumulación de efectivo con impuestos diferidos (en base a las leyes de impuestos actuales), y privilegios de préstamos de valor de efectivo, todo en una única póliza. La prima que paga es en base al beneficio por fallecimiento que selecciona y los anexos opcionales que selecciona, además de su edad y condición de fumador. La cobertura de seguro, montos de primas y el valor de efectivo están garantizados mientras usted cumpla con los pagos de primas exigidos. Los beneficios de atención de largo plazo están disponibles al 4% del valor nominal de su póliza de forma mensual para ayudarlo a diferir los costos de un centro de atención de largo plazo.

Cobertura preferida de seguro por accidente

Características del seguro por accidente

Nuestro seguro por accidente puede ayudarlo a cubrir los costos imprevistos relacionados con los gastos de un accidente. Esta

póliza paga un monto de beneficio especificado para:

- Atención inicial tal como ambulancia, sala de emergencias y consulta médica inicial
- Atención de seguimiento, tal como tratamiento ambulatorio por parte de un médico y dispositivos médicos
- Lesiones, que incluyen quemaduras, dislocaciones y fracturas
- Accidente catastrófico
- Muerte accidental

Seguro de atención crítica con cobertura de cáncer

Características de la atención crítica con cáncer

La cobertura de atención crítica es una póliza de beneficio limitado que ofrece protección mediante el pago de un beneficio inmediato de una suma global después del diagnóstico de una de varias enfermedades o problemas de salud especificados.

Cobertura de enfermedad crítica

Esta póliza pagará una suma por única vez del beneficio máximo por enfermedad crítica al momento del diagnóstico de:

- Accidente cerebrovascular
- Ataque cardíaco
- Coma
- Insuficiencias renal terminal
- Insuficiencia de órgano importante
- Parálisis permanente
- Ceguera
- Cáncer

Se pagará un beneficio parcial del 25% del beneficio máximo de atención crítica al momento del diagnóstico de bypass de arteria coronaria.

Se pagará un beneficio parcial de 25% del beneficio máximo de atención crítica al momento del diagnóstico de

carcinoma in situ.

Productos de seguros complementarios y coberturas de los productos las ofertas están sujetas a cambios. Por favor, reúnase con un consejero de beneficios durante la inscripción abierta para averiguar qué productos y coberturas son disponible.

Información General

Exclusiones que corresponden a todos los beneficios dentales y de la vista

No se pagarán beneficios por:

- A. Gastos que se deben a toda enfermedad que otorgue derecho al paciente a beneficios según toda ley de compensación al trabajador o ley similar; o
- B. Gastos debidos a toda lesión que surja o tenga lugar durante el transcurso de todo empleo por compensación o ganancia; o
- C. Servicios o suministros recibidos en un hospital que es propiedad u operado por el gobierno de los Estados Unidos o alguna de sus agencias, o servicios o suministros proporcionados por o para dicho gobierno o sus agencias, excepto en la medida, si existe, en que dichos cargos tengan lugar por los servicios o suministros que la persona cubierta tendría que pagar si esta cobertura no estuviera en vigencia; o
- D. En la medida en que superen:
 - 1. Los cargos habituales de la persona u organización para los servicios o suministros proporcionados; o
 - 2. El nivel general de cargos presentados por terceros en el mismo lugar para dichos servicios o suministros; o
- E. Lesión intencional autoinfligida o enfermedad autoinducida, en uso o no de las facultades mentales; o
- F. Gastos debidos a guerra o todo acto de guerra (declarada o no) o servicio en las fuerzas armadas de todo país; o
- G. Gastos que surjan debido a la participación en la comisión de un delito o acto ilegal o conducta indebida; o

- H. Viajes, sean o no recomendados por un médico; o
- I. Todo gasto incurrido después de la fecha en que termina el plan o por servicios que no se enumeran como gastos médicos cubiertos; o
- J. Cargos incurridos en el exterior de los Estados Unidos si la persona cubierta viajó a dicho lugar para el fin exclusivo de obtener todo servicio, medicamento o suministro.

Coordinación con otros beneficios

El objeto de sus beneficios es ayudarlo a pagar sus facturas. No fueron diseñados para que reciba beneficios mayores que sus facturas. La presente disposición de coordinación se incluye para contribuir a mantener el costo de sus beneficios en un nivel razonable y, al mismo tiempo, permitir que toda persona cubierta por más de un plan reciba una cantidad de beneficios equivalente al monto total de sus gastos permitidos. Si una persona está cubierta por el presente plan y uno o más planes adicionales, tal como se define a continuación, los beneficios pagaderos según el presente plan por gastos incurridos en un año calendario serán sus beneficios regulares o beneficios reducidos que sumados a los beneficios de los otros planes serán iguales al 100% de los gastos permitidos.

“Plan” significa todo plan según el cual se proporcionan beneficios o servicios dentales por parte de:

- A. Cobertura de seguro grupal, general o de franquicia o todo otro arreglo de cobertura de personas en un grupo, ya sea de forma asegurada o no asegurada;
- B. Un plan de servicio de hospital o un plan de servicio médico tal como Blue Cross and Blue Shield, un plan de práctica grupal, u otra cobertura prepaga;
- C. Toda cobertura según planes fiduciarios de gestión laboral,

planes de bienestar de sindicatos, planes de organizaciones de empleadores, o planes de organizaciones de beneficios para empleados;

D. Toda cobertura según programas del gobierno o toda cobertura proporcionada o exigida por la ley (es decir, Medicare);

E. Toda cobertura para estudiantes que sea patrocinada o provista a través de una escuela u otra institución educativa.

“Plan” no incluye ninguna póliza de seguro individual ni ninguna suscripción de seguro individual a un servicio o plan prepago Blue Cross-Blue Shield o de otro tipo para el cual hace pago de primas directamente a la organización que proporciona la cobertura.

“Gasto permitido” significa gasto incurrido (sujeto a la definición de prestación del plan en “Definiciones”) mientras califica para beneficios según el presente plan, una parte o todo el mismo sería pagadero según todo otro plan en coordinación con el presente plan.

“Año calendario” significa un período de doce meses consecutivos que comienza el 1.º de enero y termina el 31 de diciembre.

En la coordinación de beneficios, uno de los dos o más planes involucrados es el plan principal y los otros planes son los planes secundarios. El plan principal paga sin tener en cuenta los otros planes. Los planes secundarios coordinan sus pagos para que el total de los pagos de todos los planes no resulte mayor que los gastos permitidos. Ningún plan pagará más que lo que hubiera pagado sin la presente disposición de coordinación.

Determinación de orden de beneficios

Todo plan que no cuenta con una coordinación con otros beneficios o una disposición similar pagará sus beneficios en primer lugar.

Todos los planes que cuentan con una coordinación con otros beneficios o disposición similar pagarán beneficios en el orden determinado por las siguientes normas:

- A. Un plan que cubre la persona como un empleado será tenido en cuenta antes de un plan que cubre a la persona como un dependiente; sin embargo, si su cónyuge califica como un empleado para cobertura grupal de salud a través de otro empleado y rechazó la cobertura por cualquier motivo, no calificará para cobertura de dependiente según este plan. Ello incluye beneficios dentales, de la vista, además de médicos.
- B. En el caso de hijos dependientes, el plan que paga en primer lugar es determinado por las fechas de nacimiento de los padres. El plan que cubre al padre cuyo mes y día de nacimiento tiene lugar primero en el año calendario será considerado en primer lugar.

En “B” más arriba, cuando los padres naturales de un hijo dependiente son divorciados o separados legalmente, corresponden las siguientes normas:

- A. Si el padre con custodia del hijo no se volvió a casar, se considerará en primer lugar los beneficios de un plan que cubre al hijo como un dependiente de dicho padre;
- B. Si el padre con custodia del hijo se volvió a casar, se considerará en segundo lugar los beneficios de un plan que cubre al hijo como un dependiente del padrastro/madrastra. Se considerará en tercer lugar los beneficios de un plan que cubre al hijo como un dependiente del padre sin custodia.
- C. Si existe un decreto de tribunal que establece una responsabilidad financiera por gastos médicos, dentales o de atención de la salud de otro tipo del hijo, no corresponderán “A” y “B” más arriba. Se considerará al plan que cubre al padre con responsabilidad financiera antes que los beneficios de todo otro plan que cubre al hijo como un dependiente. Si el

padre con responsabilidades ordenadas por un tribunal califica como un empleado para cobertura de salud grupal a través de otro empleador y rechazó dicha cobertura por cualquier motivo, el hijo no calificará para cobertura completa de dependiente según este plan; en ese caso, los beneficios del plan se limitarán al monto que se hubiera pagado si su cónyuge se hubiera inscrito en el plan ofrecido por su empleador, o 20% si no presenta información completa sobre dicho plan.

Si las normas anteriores siguen generando un conflicto (en casos como en los que dos planes cubren a la persona como un empleado), se considerará en primer lugar al plan que cubre a la persona desde hace más tiempo.

En relación con las disposiciones en la presente sección que limitan los beneficios cuando un cónyuge que califica decide no aceptar cobertura de salud de su empleador, rechazo de cobertura incluye no autorizar o negarse a autorizar o no hacer las contribuciones necesarias para obtener cobertura.

El administrador del plan tiene derecho a entregar u obtener de toda organización o persona toda información necesaria para la administración de la presente disposición y a pagar a toda organización todo monto necesario para satisfacer la intención de la presente disposición.

Si el plan pagó algún monto más allá de los necesarios para satisfacer la intención de la presente disposición, tiene derecho a recuperar dichos excesos de la persona a quien o para quien se llevaron a cabo dichos pagos o de una compañía de seguros u otra organización.

Cuando usted reclama beneficios de atención médica según este plan, debe entregar al administrador del plan información sobre otra cobertura que pueda resultar pertinente cuando se pone en práctica esta disposición de coordinación.

Subrogación de beneficios

Si usted recibe beneficios de este plan debido a una lesión o enfermedad causada por un tercero, el plan tiene derecho a solicitar el pago de dichos beneficios al tercero que causó la lesión o enfermedad. En otras palabras, el plan lo subroga o sustituye a usted y asume su derecho de solicitar un pago de la parte negligente. Si usted presenta un reclamo de responsabilidad civil contra dicha persona, los beneficios pagaderos según este plan deben ser incluidos en el reclamo y cuando se dicta una sentencia sobre el reclamo, se llega a un arreglo por el reclamo antes de una sentencia, o se llega a un arreglo del reclamo sin la presentación de un proceso judicial, usted otorga al plan un derecho de retención sobre todo dinero recibido por usted o su abogado, y usted debe reembolsar al plan por los beneficios proporcionados sin ninguna reducción por los honorarios de abogados incurrido para obtener la sentencia o el arreglo. Su obligación de reembolsar al plan corresponde independientemente de si usted y sus dependientes recibieron compensación del tercero autor del daño por su pérdida total, es decir, independientemente de si usted y sus dependientes fueron resarcidos.

Cómo reclamar beneficios

Puede obtener los formularios que necesita para reclamar beneficios en la oficina de South Point Benefits. También puede obtener ayuda para completar los formularios. Cuando haya completado adecuadamente los formularios, debe entregarlos en la oficina de South Point Benefits.

Cuando presenta un reclamo de beneficios de atención médica, debe presentar prueba de cada cargo, de manera que es muy importante que cuente con copias de las facturas de todos los cargos y que las facturas sean detalladas para indicar el servicio por el que tiene lugar cada cargo.

Puede hacer arreglos para que los beneficios por cargos de hospital y médicos sean pagados directamente firmando un formulario que autoriza al plan a pagar beneficios de esa manera.

Aviso y prueba de reclamo

Todos los beneficios que se proporcionan de conformidad con el plan serán pagados a usted o al proveedor del servicio después de la recepción de una prueba por escrito en un formulario de reclamo completado de forma adecuada.

Es necesario entregar al plan prueba por escrito de toda pérdida en la que se puede basar todo reclamo no más allá de doce (12) meses después de la fecha de dicha pérdida.

No se presentará ninguna acción legal por derecho o equidad para recibir dinero del plan antes del vencimiento de sesenta (60) días después de que se presentó la prueba de pérdida de conformidad con los requisitos del presente, y no se presentará una acción legal de este tipo a menos que dicha presentación tenga lugar en un plazo de seis (6) años del vencimiento del plazo dentro del cual se requiere prueba de la pérdida.

Continuación de beneficios exigida por la ley federal

Un empleado cuya cobertura termina según el presente plan de salud grupal de empleador puede tener derecho a elegir la continuación de la cobertura. También es posible continuar con la cobertura en el caso de dependientes si los mismos están cubiertos por este plan.

La persona debe elegir la continuación de la cobertura durante el periodo de elección. La cobertura de la persona debe haber terminado por uno de los siguientes motivos:

- A. Fin del empleo en el empleador por cualquier motivo que no sea conducta inadecuada grave;
- B. Reducción de horas;
- C. Fallecimiento del empleado;
- D. Divorcio o separación legal del empleado;
- E. Hijo dependiente que alcanza la edad máxima de elegibilidad.

La cobertura que continúa es la misma que la persona tenía al momento en que terminó la cobertura, con la excepción de que no continuará la cobertura de beneficio por fallecimiento, cobertura de seguro por accidente personal y cobertura de beneficio por fallecimiento de dependiente. Es posible que se ofrezca la continuación de cierta cobertura opcional. Puede acceder a una explicación de las opciones en la oficina de South Point Benefits.

Requisitos de notificación y período de elección:

- A. En caso de reducción de horas, fin del empleo o fallecimiento de un empleado, el administrador del plan recibirá una notificación;
- B. El empleado o dependiente debe notificar al administrador del plan, que se indica en la descripción resumida del plan, en un plazo de sesenta (60) días cuando el divorcio, separación legal, matrimonio o alcanzar la edad máxima daría por terminada la cobertura de un dependiente;
- C. Al momento de recibir una notificación de este tipo, el administrador del plan informará al empleado o dependiente que califica su derecho a elegir la continuación.

Período de elección y períodos de primas:

- A. La persona debe elegir la continuación de la cobertura en un plazo de sesenta (60) días después de que termina la cobertura o la fecha en la cual a la persona se le envía un aviso de su derecho a elegir continuación de la cobertura COBRA (la que tenga lugar más tarde).
 - 1. Las primas deben ser pagadas en un plazo de cuarenta y cinco (45) días después de que la persona elige la continuación de la cobertura.
 - 2. Las primas subsiguientes deben ser pagadas el primer día del mes durante el cual se prorroga la cobertura, y se consideran en mora después de un período de gracia de

treinta (30) días.

- B. La continuación terminará en la que tenga lugar primero de las siguientes fechas:
 - 1. Dieciocho (18) meses a partir de la fecha en que comenzó la continuación, en el caso de personas cuya cobertura terminó debido a una reducción de horas o fin del empleo;
 - 2. Treinta y seis (36) meses a partir de la fecha en que comenzó la continuación, en el caso de personas cuya cobertura terminó debido al fallecimiento del empleado, divorcio, separación legal, matrimonio o alcanzar la edad máxima de elegibilidad por parte del dependiente.
 - 3. Veintinueve (29) meses a partir de la fecha del evento que califica para beneficiarios que califican que el Título II o XVI de la Ley de Seguro Social determina que estaban discapacitados al momento de su separación del empleo o reducción de horas.
- C. El final del período por el cual se paga una prima si la persona no lleva a cabo el pago de prima en la fecha especificada por el empleador;
- D. La fecha en la que la persona se convierte en un empleado cubierto según todo otro plan de salud grupal que no incluye ninguna exclusión o limitación a ninguna condición preexistente;
- E. La fecha en la que la persona comienza a tener derecho a Medicare;
- F. La fecha en la que el cónyuge dependiente se vuelve a casar o accede a cobertura de un plan de salud grupal que no incluye ninguna exclusión o limitación a ninguna condición preexistente;
- G. La fecha en que termina la cobertura según este plan de salud grupal; o

H. La fecha en la que el empleador deja de mantener un plan de salud grupal.

Descripción Resumida del Plan

La siguiente información, junto con la información proporcionada en las páginas anteriores del presente cuadernillo, tiene por objeto ofrecer la Descripción Resumida del Plan exigida por la Sección 502 de la Ley de Seguridad de los Ingresos de los Empleados Jubilados de 1974 (ERISA, por sus siglas en inglés).

PLAN DE BENEFICIOS GRUPAL PARA LOS EMPLEADOS DE SOUTH POINT HOTEL AND CASINO

Los Patrocinadores y Administradores del Plan son:

SOUTH POINT HOTEL AND CASINO

9777 Las Vegas Blvd., South

Las Vegas, NV 89183

(702) 797-8940

El Número de Identificación de Empleador (EIN, por sus siglas en inglés) del Patrocinador de este Plan es 35-2275044.

El plan ofrece seguro de vida, seguro por accidente personal, seguro de vida de dependientes, beneficios médicos, dentales y de la vista. Únicamente los beneficios médicos, dentales y de la vista están sujetos a las disposiciones de continuación que establece la Ley de Conciliación Colectiva Presupuestaria Consolidada de 1985 (COBRA, por sus siglas en inglés).

La administración general de este plan es proporcionada por los Patrocinadores del Plan. El seguro de vida, seguro por accidente personal, seguro de vida de dependientes, beneficios médicos, dentales y de la vista de este plan son proporcionados por South Point Hotel and Casino.

El documento del plan y la Descripción Resumida del Plan pueden ser enmendados o cancelados en cualquier momento y por cualquier motivo. La autoridad para emendar y/o dar por terminado por resolución reside en el Comité de Beneficios Grupales, que está formado por el Director Ejecutivo, el Director de Finanzas y el Director de Beneficios.

Los registros fiscales de este plan son mantenidos en base a los años del plan que terminan en el último día de diciembre.

No está prevista la necesidad en ningún momento de un proceso judicial en relación con este plan; sin embargo, si es necesario presentar un proceso judicial, es posible entregar notificación del mismo a los Patrocinadores del Plan en la dirección que se indica en esta sección.

Los requisitos para contar con cobertura de este plan, la disposición sobre la terminación de la cobertura, una descripción de los beneficios del plan (incluyendo toda limitación y exclusión que puede dar lugar a una reducción o pérdida de beneficios) se indican en las páginas anteriores del presente cuadernillo.

Los procedimientos que se deben seguir para presentar un reclamo de beneficios según el plan se describen en las páginas anteriores tituladas “Cómo reclamar beneficios”.

Si un reclamo es rechazado en todo o en parte, los Patrocinadores del Plan entregarán, en un plazo razonable después de la recepción de prueba de reclamos, un aviso por escrito que indique el motivo o motivos específicos del rechazo, con mención de las disposiciones del plan en las que se basa el mismo, y una descripción de todo material o información adicional necesaria para dar consideración adicional al reclamo, además del motivo por el cual es necesario. El aviso incluirá además una explicación de los procedimientos de revisión de reclamos del plan.

Si un reclamo no fue rechazado ni pagado en un plazo de noventa (90) días después de entregar prueba de la pérdida, la persona que hace el reclamo tiene derecho a una revisión del reclamo de la misma manera que si hubiera sido rechazado; sin embargo, es posible prorrogar el período de noventa (90) días, pero no más allá de allá de un período adicional de noventa (90) días, si el Patrocinador del Plan notifica por escrito al reclamante antes del vencimiento del primer período de noventa (90) días que circunstancias especiales exigen tiempo adicional para la evaluación del reclamo.

Si un reclamo fue rechazado o rechazado parcialmente, la persona que hace el reclamo puede solicitar una revisión del mismo. El reclamante o una persona autorizada para representar al reclamante deben presentar una solicitud por escrito de revisión a los Patrocinadores del Plan en un plazo de sesenta (60) días después de que se recibe el aviso de rechazo. A continuación tendrá lugar la revisión plena e imparcial del reclamo por parte del Patrocinador del Plan que no participó en la consideración que dio lugar al rechazo. El reclamante o su representante pueden acceder a los documentos pertinentes al reclamo y presentar temas y comentarios por escrito.

Declaración sobre derechos ERISA

Como un participante en el plan, usted cuenta con ciertos derechos y protecciones según la Ley de Seguridad de los Ingresos de los Empleados Jubilados de 1974. ERISA determina que todos los participantes tienen derecho a lo siguiente:

- A. Acceder sin cargo, en la oficina del Administrador del Plan y en otros lugares (lugar de trabajo y el local del sindicato) a todos los documentos del plan, incluyendo contratos de seguros, todo acuerdo de negociación colectiva y copias de todos los documentos presentados por el plan ante el Departamento de Trabajo de los Estados Unidos, tales como informes anuales detallados y descripciones del plan.
- B. Obtener copias de todos los documentos del plan y otra información del plan mediante solicitud por escrito al Administrador del Plan. El Administrador puede aplicar un cargo razonable por las copias.
- C. Recibir un resumen del informe financiero anual del plan. La ley exige al Administrador del Plan entregar a cada participante una copia de dicho informe anual resumido.

Además de otorgar derechos a los participantes del plan, ERISA impone obligaciones a las personas que son responsables de la operación del plan. Las personas que operan el plan, que se denominan “fiduciarios” del plan, tienen la obligación de administrarlo con prudencia y velando por el interés de todos los participantes y beneficiarios del plan.

Nadie, incluyendo su empleador, un sindicato o ninguna otra persona puede despedirlo o someterlo a discriminación para evitar que obtenga un beneficio de conformidad con el plan o ejercer sus derechos según ERISA.

Si se rechaza en todo o en parte su reclamo de beneficios según el plan, debe recibir una explicación por escrito del motivo del rechazo. Usted tiene derecho a que el Administrador del Plan evalúe y vuelva a considerar su reclamo.

De conformidad con ERISA, usted puede tomar ciertas medidas para ejercer sus derechos. Por ejemplo, si solicita materiales del plan y no los recibe en un plazo de treinta (30) días, puede presentar una demanda judicial ante un tribunal federal. En ese caso, el tribunal puede exigir al Administrador del Plan que le entregue los materiales y pague un máximo de \$100 por día hasta que usted los reciba, a menos que los materiales no hayan sido entregados por motivos más allá del control del administrador. Si usted tiene un reclamo de beneficios que fue rechazado o es ignorado en todo o en parte, puede presentar una demanda judicial ante un tribunal del estado o federal. El tribunal decidirá quién pagará los costos del tribunal y los honorarios legales. Si usted pierde el juicio, el tribunal puede ordenarle que pague dichos costos y honorarios; por ejemplo, si determina que su reclamo no tiene fundamento.

Si tiene alguna pregunta sobre el plan, debe comunicarse con el Administrador del Plan. Si tiene alguna pregunta sobre esta declaración o sobre sus derechos de conformidad con ERISA, debe comunicarse con la oficina de área más cercana de la Administración de Servicio de Gestión de Trabajo de los Estados Unidos, Departamento de Justicia.