



Tabla de Contenido

Materiales de Beneficios para Empleados

Pestaña 4

Descripción Resumida del Plan: Plan de Beneficios para Empleados	4.0
Características del Plan de Salud	4.1
Características del Plan Dental	4.2
Cuenta de Gastos Flexible / Características del Plan de Cafetería	4.3
Características del Plan de Cuidados Intensivos / Cáncer	4.4
Información COBRA	4.5
Seguro de Vida Colectivo a Término, Información sobre Discapacidad	4.6
Información de Intercambio de Seguro Médico	4.7
Plan de Retiro (401K)	4.8
Aviso de Prácticas de Privacidad	4.9
Formularios de Inscripción	4.10



Orientación a los Beneficios

Completar al reunirse: estado de empleado a tiempo completo durante seis meses

Nombre del Nuevo Empleado	Departamento	Supervisor	
Política, Papeleo, Capacitación o Tarea		Iniciales de finalización	Fecha de finalización
1. Revisión de los Beneficios de la Empresa		_____	_____
2. Formulario de Elección de Seguro		_____	_____
3. Solicitud de Cobertura de Seguro / Fecha de Elegibilidad:		_____	_____
Seguro de Salud		_____	_____
Seguro Dental		_____	_____
Vida/STD/LTD		_____	_____
C & I		_____	_____
Plano Cafetería		_____	_____
4. Revise los materiales relacionados con COBRA con el empleado		_____	_____
5. Revisión General de Avisos de COBRA		_____	_____
6. Elegibilidad / Elección de 401K		_____	_____

Plan de Beneficios de Salud y Bienestar Rexius Forest By-Products, Inc. y Descripción Resumida del Plan

Adjunto encontrará el documento del Plan y la Descripción Resumida del mismo (SPD "Wrap", por sus siglas en inglés) del Plan de Beneficios de Salud y Bienestar de Rexius Forest By-Products, Inc. ERISA (La Ley de Seguridad de Ingresos para Empleados Pensionados) es una ley que rige los planes de beneficios de bienestar social. Si un empleador provee beneficios sujetos a ERISA la ley requiere que los beneficios se describan en un documento escrito o se haga una Descripción Resumida del Plan. El documento "Wrap" adjunto junto con los documentos del grupo de la compañía de seguros y nuestro informe anual del empleado constituyen el documento escrito del plan que requiere ERISA para el Plan de Beneficios de Salud y Bienestar.

Las compañía de seguros proporcionan los documentos del plan (resúmenes de beneficios, pólizas de seguro, contratos, etc.) pero es posible que estos documentos no contengan toda la información que es importante para usted y específica para el plan de

Rexius Forest By-Products, Inc. El documento SPD Wrap contiene las disposiciones y los términos que faltan y reúne los documentos del plan de seguro para convertirse en un único documento del plan ERISA.

El informe anual del empleado que se distribuye en la inscripción abierta incluye información sobre cómo obtener los documentos del plan del portador o de la tercera parte administradora. Usted también puede solicitar una copia impresa en cualquier momento.

Le proporcionamos este documento para que pueda comprender mejor los beneficios de sus planes de salud y bienestar. Por favor contácteme si tiene alguna pregunta.

Gracias,

Jerry Cunningham
Chief Financial Officer

REXIUS FOREST BY-PRODUCTS, INC.

PLAN DE BENEFICIOS DE SALUD Y BIENESTAR

Y

DESCRIPCIÓN RESUMIDA DEL PLAN

Agosto 1 hasta Julio 31

Este Documento del Plan y descripción resumida del Plan junto con la información aplicable como certificados de seguro, libretas de seguro, resúmenes de beneficios y/o contratos de seguro colectivo constituyen el Plan en escrito requerido por ERISA §402 junto con la descripción resumida del plan de los beneficios de empleados el cual es ofrecido por el Plan de beneficios de salud y bienestar de Rexus Forest By-Products, Inc..

Para las compañías que tienen que cumplir con el reporte del formulario 5500 (generalmente son las compañías que tienen 100 o más participantes desde el principio del año y en cualquier plan grupal) este documento se considera como un plan “wrap”, y el reporte del formulario 5500 es realizado sobre el plan wrap y no para cada plan individual.

Este documento ha sido traducido del lenguaje Ingles, que legalmente controla este documento. En caso de que haya discrepancias, problemas de comunicación, comunicación imprecisa, o malentendidos que surgen del documento traducido, el documento en Ingles es el documento controlante. Algunas palabras todavía están en inglés, las cuales específicamente son del plan. Contacte al Administrador del Plan si es que usted tiene algunas preguntas.

Este plan está disponible para las siguientes categorías de empleados:

Empleados elegibles regulares como se define en este documento.

Fecha Efectiva: Agosto 01, 2020

Fecha de Revisión: Junio 23, 2020

Fecha Original: Agosto 01, 2015

Índice de Contenido

SECCIÓN 1. INTRODUCCION

SECCIÓN 2. INFORMACION DEL PLAN

2.1. ADMINISTRACIÓN & FIDUCIARIO

- Administración del Plan
- Autoridad y Poder del Asegurador o Administrador Tercero
- Beneficio Exclusivo

2.2. ELEGIBILIDAD Y PARTICIPACIÓN

- Empleados Nuevos y Constantes de Tiempo Completo – Elegibilidad y Participación
- Empleados Nuevos o Constantes de Horas Variables - Elegibilidad y Participación
- Miembros Elegibles de Familia
- Órdenes Calificadas Medicas de Manutención Infantil
- suspensión Laboral y Ausencias de Corto Plazo

2.3. PERIODO ANUAL DE INSCRIPCIÓN ABIERTA

2.4. INSCRIPCIÓN EN EL PLAN

- Procedimientos de Inscripción
- Cambios de Inscripción a Mitad de Año (Solamente Si Es Un Cambio Calificado En Su Estatus)

2.5. BENEFICIOS Y PROVISIONES DE LOS COSTOS COMPARTIDOS DEL PLAN

- Contribuciones del Empleado
- Niveles de Contribución de la Compañía
- Orden de Contribuciones de La Compañía y de los Participantes

2.6. DOCUMENTOS COMPONENTES DEL PLAN DE BENEFICIOS

2.7. LIMITES POSIBLES DE BENEFICIOS, O PERDIDA DE BENEFICIOS

- Resumen de Beneficios y Cobertura
- Coordinación de Beneficios
- Subrogación de Beneficios
- Rescisión
- Negación o Pérdida de Beneficios

2.8. TERMINACIÓN DE BENEFICIOS

2.9. ENMIENDAS Y TERMINACIÓN DEL PLAN

2.10. PROCEDIMIENTOS DE RECLAMOS

2.11. CUMPLIMIENTO CON LA LEY DE CUIDADO DE SALUD A BAJO PRECIO

2.12. NOTIFICACIONES DE ERISA

- Notificación de Derechos Bajo la Ley de Protección de la Salud de Madres y Recién Nacidos
- Notificación de la Ley de Derechos sobre la Salud y el Cáncer de la Mujer
- Derechos de Portabilidad de HIPAA
- Ausencia Familiar y Médica
- MHPAEA
- USERRA
- Notificación de Inscripción Especial
- Ley Antidiscriminatoria de Información Genética del 2008 (“GINA”)
- Notificación de La Ley De Michelle
- Notificación de No Discriminación
- Responsabilidades de los Participantes
- Derechos a la Información y Reclamos Fraudulentos
- Documentando la Elegibilidad para la Inscripción y los Beneficios

2.13. CONFORMIDAD DE SEGURIDAD Y PRIVACIDAD DE HIPAA

- Reglas de Privacidad de HIPAA
- Aplicación
- Póliza de Privacidad y Seguridad
- Acuerdo de Asociado de Negocios
- Notificación de Practicas de Privacidad
- Divulgación a la Compañía
- En General
- Divulgación Permitida
 - Divulgación Permitida de Información de Inscripción / Cancelación
 - Divulgación y Usos Permitidos de la Información de Salud Resumida
 - Divulgación y Usos Permitidos y Requeridos de la Información de Salud Protegida para los Propósitos Administrativos
- Limitaciones//Restricciones
 - Agentes y Subcontratistas
 - Acciones Relacionadas con el Empleo
 - Reportando el Uso o Divulgación Inadecuado
 - Protección Adecuada

2.14. COBRA

2.15. DECLARACIÓN DE DERECHOS DE ERISA

- Reciba Información Sobre Su Plan y Beneficios
- Idioma Extranjero
- Acciones Prudentes de los Fiduciarios del Plan
- Imponga sus Derechos
- Asistencia con Sus Preguntas

SECCIÓN 3. PROVISIONES GENERALES

3.1. SIN DERECHO AL EMPLEO

3.2. LEY QUE RIGE

3.3. EFECTO FISCAL – NOTIFICACIÓN SOBRE LOS PAGOS HECHOS ANTES DE IMPUESTOS Y LOS EFECTOS POSIBLES CON LOS BENEFICIOS DEL FUTURO DEL SEGURO SOCIAL

3.4. REEMBOLSO DE LAS CONTRIBUCIONES DE PRIMAS

3.5. FACILIDAD DE PAGO

3.6. DATOS

3.7. COMUNICACIÓN ELECTRÓNICA

3.8. CLÁUSULA DE GASTADOR Y DE NO-ASIGNACIÓN

3.9. DIVISIBILIDAD DE PROVISIONES

3.10. EFECTO DE ERRORES

3.11. CONFORMIDAD CON MANDATOS ESTATALES Y FEDERALES

3.12. PROGRAMA COMPONENTE DE BENEFICIOS – COMPAÑÍAS PROVEEDORAS

SECCIÓN 4. DEFINICIONES

SECCIÓN 5. APÉNDICE ADDENDUMS

- 5.1.1. LEY FAMILIAS PRIMERO DE RESPUESTA AL CORONAVIRUS (FFCRA) Y LEY AYUDA DE CORONAVIRUS, ALIVIO Y SEGURIDAD ECONOMICA (CARES)

Rexius Forest By-Products, Inc.

Plan de Beneficios de Salud y Bienestar

Y

Descripción Resumida del Plan

SECCIÓN 1: INTRODUCCIÓN

Este documento contiene un resumen de sus derechos y beneficios debajo del Plan de Beneficios de Salud y Bienestar (el “Plan”) de Rexius Forest By-Products, Inc.. Los detalles completos están disponibles en los documentos subyacentes del programa componente de beneficios que gobiernan la operación del Plan, y están disponibles con este documento o con el Administrador del Plan. En el evento que exista alguna diferencia o ambigüedad entre sus derechos o beneficios descritos en este documento y los documentos subyacentes del programa componente de beneficios, los documentos subyacentes del programa componente de beneficios controlarán los beneficios provistos bajo cada plan en particular. Para los propósitos de este documento, los programas componentes de beneficios, son los programas de beneficios especificados en las Compañías de Proveedores que se encuentran a los fines de este documento y están contenidos en los documentos aplicables del Plan componente. Los documentos incluidos en el programa componente de beneficios incluyen certificado de seguro, contactos de seguro de grupo, documentos del Plan de ERISA (si es que es autofinanciado) y documentos del Plan de beneficios que gobiernan los programas de beneficios no-asegurados.

Una copia de cada certificado, resumen u otro documento que rige está incluido con este documento, o ha sido previamente provisto, o se pueden obtener del Administrador del Plan. Información contenida en los documentos subyacentes del programa componente de beneficios define y regula beneficios específicos incluyendo sus derechos y obligaciones de cada Plan. Si es que tiene alguna pregunta sobre este documento o la información del Plan componente, contacte a su Administrador del Plan detallado en la siguiente página.

Cada opción de beneficios se resume en los documentos del programa componente de beneficios, emitido por proveedores, administradores de tercero, una descripción resumida del Plan o por la Compañía. Cuando el Plan se refiere a estos documentos, también se refiere a los archivos adjuntos a este tipo de contratos, y a documentos incorporados por referencia a tal tipo de contratos (como la aplicación, certificado de seguro, los documentos de Plan de ERISA y a cualquier enmienda).

SECCIÓN 2: INFORMACIÓN DEL PLAN

La información siguiente se refiere al Plan. Si es que usted necesita más información, contacte al Administrador del Plan.

NOMBRE DEL PLAN

Plan de Beneficios de Salud y Bienestar de Rexius Forest By-Products, Inc.

EMPLEADOR

Rexius Forest By-Products, Inc., PO Box 22838, Eugene, OR, 97402, (541) 342-1835

PATROCINADOR DEL PLAN

Rexius Forest By-Products, Inc.

NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR DEL PATROCINADOR DEL PLAN

93-0925466

TIPO DE PLAN

Este Plan provee información integral sobre los beneficios de los siguientes tipos Medical, Dental, Visión, Vida/AD&D, Suplementario, Discapacidad de Largo Plazo, Discapacidad de Corto Plazo, Cuenta Flexible de Gastos y Telemedicina beneficios y está considerado como un “Plan de beneficios de salud y bienestar” bajo ERISA.

AÑO DEL PLAN: Agosto 1 - Julio 31

NÚMERO DEL PLAN: 501

ADMINISTRADOR DEL PLAN Y AGENTE DEL PROCESO LEGAL

Rexius Forest By-Products, Inc., Attn: Jerry Cunningham, Chief Financial Officer, PO Box 22838, Eugene, OR 97402, (541) 342-1835, jerryc@rexius.com.

2.1 ADMINISTRACIÓN & FIDUCIARIO

Este documento y los documentos del Plan componente describen los varios beneficios, si es que cada beneficio está asegurado o autofinanciado, y la administración de reclamos y otros servicios bajo los contratos de los beneficios colectivos.

- Para los beneficios auto asegurados bajo este Plan, el Administrador del Plan podrá elegir usar a un Administrador Tercero (TPA, para sus siglas en ingles) para administrar estos beneficios y para adjudicar reclamos. En tal casos, el TPA podrá ser el Administrador de Reclamos y el Fiduciario Designado para los propósitos de administrar los reclamos, pero el Administrador del Plan seguirá siendo su punto de contacto para las preguntas relacionadas al Plan.
- Para los beneficios completamente asegurados, la compañía de seguros será el Fiduciario Designado y tiene la discreción completa de determinar las cantidades

de pagos de beneficios y de adjudicar reclamos. El Patrocinador del Plan no tiene ninguna responsabilidad fiduciaria en estas zonas. Vea los proveedores, números de póliza y su información de contacto hacia el fin de este documento.

Administración del Plan

La Administración del Plan está bajo la supervisión del Administrador del Plan. La función principal del Administrador del Plan es interpretar las provisiones del Plan y tomar decisiones sobre preguntas que surjan, incluyendo cualquier disputa que pueda surgir con respecto a los derechos de los participantes y beneficiarios bajo el Plan; provisto que si un certificado de seguro establece un procedimiento de reclamos específico tales disposiciones se aplicaran para los propósitos de dichos planes componentes. Otra obligación del Administrador del Plan es asegurar que el Plan este realizado, con acuerdo a los términos, para el beneficio exclusivo de las personas con derechos a participar en el Plan. La función administrativa del Administrador del Plan incluyen, pero no se limitan a, la interpretación del Plan, la prescripción de los procedimientos aplicables, la asignación de responsabilidades fiduciarias, determinar la elegibilidad de y la cantidad de beneficios, si es necesario el empleo de asistencia legal, actuarial, medica, de contadores, y otra asistencia que sea necesaria para llevar a cabo los términos del Plan y la autorización de pago de beneficios y la colección de información necesaria para administrar el Plan.

El Administrador del Plan puede delegar cualquiera de estas funciones administrativas entre una o más personas o entidades, previendo que esta delegación este en escrito, identificando expresivamente a los delegados y expresivamente describe la naturaleza y el alcance de la responsabilidad delegada.

Con la excepción de lo provisto bajo “Autoridad y Poder del Asegurador o Administrador de Tercero” el Administrador del Plan tiene la autorización discrecional para interpretar el Plan con el fin de realizar determinaciones de beneficios y elegibilidad, a si lo pueda determinar a su propia discreción. El Administrador del Plan también tiene la autorización discrecional para hacer determinaciones factuales si es que alguna persona tiene derechos para recibir beneficios bajo el Plan.

La Compañía se hará cargo de los costos incidentales de administrar el Plan. La Compañía de vez en cuando puede transferir ciertos costos de administración, a los Participantes. La Compañía tiene que comunicarse con los Participantes acerca los detalles del acuerdo de transferencia de costos.

Autoridad y Poder del Asegurador o Administrador de Tercero

Los Aseguradores o Administradores de Tercero son responsables por

- 1) La determinación de la elegibilidad de y la cantidad de pago de cualquier beneficio bajo el programa componente respectivo de beneficios, y

- 2) Prescriben los procedimientos de reclamos (que cumplen con los requisitos de ERISA) que hay que seguir y los formularios de reclamación para ser utilizados por los empleados para obtener sus beneficios respectivos.

En respecto a estos programas los aseguradores, no la Compañía, son responsables de pagar los reclamos. La Compañía comparte la responsabilidad de administrar los beneficios del programa con los Aseguradores o administradores de tercero.

Beneficio Exclusivo

Todos los activos del Plan serán utilizados para el beneficio exclusivo de los Empleados elegibles, sus Cónyuges, sus otros dependientes designados y sus beneficiarios designados, de acuerdo a las provisiones del Plan, y/o para pagar gastos razonables asociados con la administración del Plan.

2.2. ELEGIBILIDAD Y PARTICIPACION

Las contribuciones de primas de cada uno de los beneficios de salud y bienestar son provistas por Rexius Forest By-Products, Inc. están adjuntas a este documento, se dan por separado o se pueden solicitar del Administrador del plan

Cuentas Flexibles de Gastos

Este es un plan de beneficios voluntario en el cual los empleados calculan los gastos anticipados para los costos calificados médicos y laborales no cubiertos que están relacionados con el cuidado de los dependientes, luego autorizan las deducciones de nóminas por estas cantidades. Vea las provisiones del plan adjuntas.

Elegibilidad

Los beneficios del empleado comienzan en el primer día del mes después de 60 días de empleo elegible (a menos que se indique a continuación) siempre y cuando que el empleado cumpla con los requisitos aplicables de elegibilidad y cumpla con los requisitos de inscripción establecidos bajo el Plan.

A. Empleados Nuevos y Constantes de Tiempo Completo - Elegibilidad y Participación

Empleados por hora trabajando por promedio 30 horas por semana son elegibles para participar en beneficios del plan el primero del mes siguiente a 60 días de servicio elegible.

Salaried empleados que trabajan un promedio de 20 horas por semana son elegible de participar en el Plan de beneficios en el primer día del mes siguiendo 30 días de servicio elegible.

Nuevos empleados que se anticipan de trabajar 30 o 20 horas o más (respectivamente) serán elegibles para participar en función del período de espera especificado en el párrafo anterior.

B. Empleados Nuevos o Constantes de Horas Variables - Elegibilidad y Participación

Para los empleados nuevos que han sido contratados en una categoría de empleo que trabajan un promedio de menos de 30 horas a la semana, sus horas de trabajo serán rastreadas durante Rexius Forest By-Products, Inc. periodo definido de medida de. Rexius Forest By-Products, Inc. a elegido el método de medida mensual para determinar la elegibilidad de participación en el plan de seguro médico de La Compañía. Generalmente se le ofrecerá la oportunidad de participar en nuestro plan de seguro médico a los empleados que trabajen un promedio de 30 horas o más durante este periodo de medida. El empleador se reserva el derecho de revisar las horas de elegibilidad para hacer estas determinaciones. Esto será hecho durante el periodo administrativo, el cual podrá durar hasta 30 días.

Para los empleados constantes que han sido contratados en una categoría de empleo que trabajan un promedio de menos de 30 horas a la semana, sus horas de trabajo serán rastreadas durante Rexius Forest By-Products, Inc. periodo definido de medida de. Rexius Forest By-Products, Inc. a elegido el método de medida mensual para determinar la elegibilidad de participación en el plan de seguro médico de La Compañía. Generalmente se le ofrecerá la oportunidad de participar en nuestro plan de seguro médico a los empleados que trabajen un promedio de 30 horas o más durante este periodo de medida. El empleador se reserva el derecho de revisar las horas de elegibilidad para hacer estas determinaciones.

Generalmente los empleados que tienen un promedio de menos de 30 horas a la semana durante el periodo de medida no serán elegibles de participar. Consulte con el administrador del plan o con la información del plan para obtener más detalles.

Mientras tanto es importante tener en cuenta de que el periodo administrativo puede durar hasta 90 días, usted también debe de considerar de que el periodo administrativo no puede ni reducir o extender el periodo estándar de medida o el periodo de estabilidad correspondiente. Para evitar interrupciones de la cobertura el periodo administrativo se superpondrá sobre el periodo de estabilidad del año anterior, mientras la clasificación de un empleado (de tiempo completo o tiempo parcial) del periodo de estabilidad anterior se permanecerá incambiada.

Una vez que un empleado ha cumplido con los requisitos de elegibilidad y un formulario de inscripción apropiado ha sido presentado al Administrador del Plan, la cobertura del Empleado comenzará en la fecha especificada en los requisitos de elegibilidad al comienzo de esta sección y en los documentos aplicables del programa componente de beneficios.

Situaciones Especiales

- 1) Si un empleado que trabaja por tiempo completo cambia su categoría de empleo a tiempo parcial durante un periodo de estabilidad y cumple con todos los criterios siguientes, el empleado dejara de ser considerado como un empleado de tiempo completo en el último día del tercer mes natural después de que el cambio en categoría ocurra. Esta sección se aplica solamente si es que:
 - a. Se ofreció, al empleado, una cobertura de valor mínima, continuamente durante el periodo que comienza en el primer día del mes natural, siguiendo los primeros tres meses naturales de empleo del trabajador y que termina en el último día del mes natural en el cual el cambio de categoría de empleo, descrito en esta sección, a ocurrido;
 - b. El empleado tiene un cambio de categoría de empleo a un puesto o estado en el cual razonablemente no se le hubiese esperado ser un empleado de tiempo completo si es que el trabajador hubiese comenzado el empleo en esa posición o estado; y
 - c. Siguiendo el cambio de categoría de empleo, el empleado es realmente acreditado con menos de 130 horas de servicio por cada uno de los tres meses naturales.

Un empleado de tiempo completo que recibe una reducción de horas pero que no recibe un cambio de posición, continuara siendo considerado como un empleado de tiempo completo por el resto del periodo de estabilidad.

- 2) Con el propósito de determinar el promedio de horas de servicio de un empleado durante un periodo de medida, que haiga estado ausente debido a una ausencia especial sin sueldo, el promedio de horas de servicio de ese periodo de medida serán determinadas al computar el promedio después de excluir todos los periodos de ausencia especial sin sueldo durante ese periodo de medida. “Ausencia especial sin sueldo” significa una ausencia sin pago que esta sujeta a FMLA, sujeta a USERRA, o a causa de servicio de jurado.

Empleados Recontratados

Las siguientes reglas solamente son aplicables a los empleadores grandes y pequeño que han optado por establecer Periodos de Medida y de Estabilidad para el Seguro Medico. Los otros beneficios siguen otras guías establecidas bajo los documentos del plan componente.

Un individual contratado después de una interrupción de trabajo de menos de 13 semanas, para los propósitos de la administración de beneficios bajo la ley ACA, será considerado como un empleado recontratado. Un individual con una

interrupción de trabajo de más de 13 semanas (26 semanas en el caso de una institución educativa) es considerado como un empleado nuevo, por los propósitos de la administración de beneficios. Un empleado que regresa de una interrupción de trabajo de menos de 13 semanas será considerado como continuar su empleo. Un empleado recontratado podrá volver al lugar en el cual él o ella dejó, con los criterios siguientes:

- Método de Medida Mensual: Si es que el empleado recontratado satisfizo un periodo de espera durante su periodo de empleo previo, la cobertura será ofrecida en el primer día en el que se le acredite al empleado, con una hora de servicio, o en el primer día del mes natural siguiendo la reactivación de servicios (si es que la cobertura inmediata no es administrativamente factible)
- Método de Medida Retroactivo (si es un empleado de horas variables): Un empleado recontratado será acreditado con horas trabajadas durante el periodo de medida/retroactivo más reciente y se le ofrecerá inscripción inmediata de cuidado de salud siempre y cuando el promedio de horas o de pago laboral del empleado cumplen con el umbral de tiempo completo durante el tiempo que el empleado a trabajado.

De acuerdo con las “reglas de paridad”, se puede hacer una excepción si un empleado trabaja por menos de 13 semanas antes de la terminación.

C. Miembros de Familia Elegible

Miembros elegibles de su familia también pueden ser inscritos en el Medical, Dental, Visión, Vida/AD&D y/o Suplementario planes. Los Dependientes elegibles generalmente se describen a continuación, pero las reglas de elegibilidad que rigen para los Dependientes se establecen en los documentos componentes correspondientes del plan de beneficios.

Miembros de familia elegibles incluyen:

- Cónyuge Legal o Pareja Domestica Registrada ("cónyuge" significa una persona que legalmente este casado con un participante como es determinado por Reglamentación de Ingresos 2013-17, de acuerdo con las leyes estatales y federales y como es especificado en cada plan de beneficio)
- Niño (s) hasta los 26 años de edad o como se define en los documentos componentes del plan; y/o
- Niño (s) soltero (s) de cualquier edad que dependen del empleado por apoyo debido a una discapacidad mental o física (solamente para ciertos beneficios, definidos en los documentos componentes del plan).

Consulte con la documentación de los programas integrantes de beneficios subyacentes para obtener más información sobre la elegibilidad de Dependientes,

definiciones de Dependientes, con cobertura general. Su elegibilidad para beneficios puede verse afectada si su estado cambia a inactivo debido a una ausencia familiar, o permiso personal médico. Contacte a su Administrador del Plan para obtener información adicional.

Ciertos beneficios requieren que un empleado elegible haga una elección anual para inscribirse a la cobertura. La información relativa a los procedimientos de inscripción, incluyendo cuando comienza y termina la cobertura bajo las opciones de Beneficios, se establece en el certificado de seguro, descripción resumida del Plan componente u otros documentos que rigen. Un empleado/a elegible puede comenzar a participar en cualquier beneficio basado en su elección de participar de acuerdo con los términos y condiciones establecidos para cada beneficio.

D. Ordenes Calificadas de Manutención Infantil Medica

Con respecto a los programas componentes de beneficios que son Planes de salud de grupo, el Plan también proporcionara beneficios como es requerido por cualquier orden calificada de manutención infantil médica (QMCSO) (definido en la Sección 609 de ERISA (a)). El Plan ha detallado los procedimientos para determinar si una orden califica como una QMCSO. Los Participantes y los beneficiarios pueden obtener, sin cargo, una copia de tales procedimientos a través del Administrador del Plan.

En el evento de que el Administrador del Plan reciba una orden calificada de manutención infantil médica, el Administrador del Plan notificara al Participante afectado y cualquier destinatario alternativo identificado en la orden de la recepción de la orden y los procedimientos del Plan para determinar si dicha orden es una QMCSO. Dentro de un plazo razonable, el Administrador del Plan determinara si la orden es una orden calificada de manutención infantil médica y notificara al Participante y destinatario de dicha determinación.

E. Suspensión Laboral

El número de horas requeridas para la **elegibilidad** para el Plan de Seguro Médico puede ser modificado a discreción de los Directores u Oficiales, en el caso extremadamente raro en el que las autoridades gubernamentales han emitido una orden de reducción de trabajo requerida por el gobierno.

2.3. PERIODO ANUAL DE INSCRIPCIÓN ABIERTA

Cada año Rexius Forest By-Products, Inc. tiene un inscripción abierta que toma lugar durante Julio cuando Participantes pueden hacer cambios en el Plan o los nuevos Participantes pueden inscribirse. Cambios y elecciones echas durante el periodo de inscripción abierta generalmente tienen una fecha efectiva (cuando el plan es renovado) siguiendo el periodo de inscripción abierta.

2.4. INSCRIPCIÓN EN EL PLAN

A. Procedimientos de Inscripción

Un empleado que es elegible para participar en este Plan comenzara la participación después de que se han satisfecho los requisitos de elegibilidad, con la condición de que cualquier formulario de inscripción a enviado al Administrador del Plan antes de la fecha en que comience la participación. Tales formas de inscripción deberán de identificar al cónyuge y otros dependientes que sean elegibles para los beneficios bajo el Plan de beneficios elegido.

B. Cambios de Inscripción a Mitad de Año (Solamente Si Es Un Cambio Calificado En Su Estatus)

Si los beneficios se pagan en bruto, antes de impuestos, a través del Plan de Cafetería, las reglas legales requieren que las decisiones echas sobre los beneficios deben de permanecer vigente durante todo el año del Plan de Agosto 1 a Julio 31 (o el resto del Año del Plan para los Empleados que son contratados y se inscriben en los beneficios durante el Año del Plan), a menos que el empleado experimente un Cambio Calificado de su Estado. Si bien el IRS y el Código Interno de Impuestos determinan la lista de eventos posibles que le permitan hacer cambios de inscripción a mitad de año, La Compañía, Rexius Forest By-Products, Inc., y sus Compañías de Seguro o Administrador de Tercero pueden elegir un sub-grupo de estos eventos que permitan los cambios bajo un plan en particular. Según el Código usted debe de inscribirse dentro de un periodo de tiempo razonable a partir de su fecha de elegibilidad. Una vez de que esté inscrito, cambios en sus elecciones de beneficios solamente pueden ser hechos durante la Inscripción Abierta o si usted tiene un Cambio Calificado en su Estado que afecta la elegibilidad de usted o de sus dependientes, y el cambio electoral solicitado es consistente con el Cambio Calificado de Estado.

Los siguientes son ejemplos de lo que se pueda ser considerado como un Cambio Calificado de Estado, consulte con su Plan de Cafetería para obtener una lista precisa de los eventos calificados:

Clasificación de Eventos Vitales/Cambio Calificado de Estado incluyen:

- Un cambio en su Estado Civil como el matrimonio, la muerte de un cónyuge, el divorcio, la separación judicial o la nulidad.
- Un cambio en su Número de Dependientes tales como el nacimiento, adopción, colocación para adopción, o la muerte de un niño.
- Un cambio en su Situación Laboral como el inicio o la terminación de empleo para usted, su cónyuge o sus dependientes.

- Un cambio en el Horario de Trabajo, tales como una reducción o aumento en las horas incluyendo a un cambio entre medio tiempo y de tiempo completo, una huelga o cierre empresarial, o el comienzo o el retronó de una ausencia sin sueldo para usted, su cónyuge, o sus dependientes.
- Si Un Dependiente Satisface o Deja de Satisfacer los Requisitos de Dependientes debido a factores como la edad.
- Un cambio de Residencia o del Lugar de Trabajo para usted, su cónyuge o sus dependientes.
- El recibo de una Orden Calificada de Manutención Infantil Médica o de una Notificación Nacional de Manutención Medica.
- Un cambio en el Derecho de Reclamación de Medicare o Medicaid para usted, su cónyuge o sus dependientes.
- Un cambio en la Elegibilidad de COBRA para usted, su cónyuge o sus dependientes mientras usted sigue siendo un empleado activo.
- Un Cambio en la Cobertura de un Cónyuge como la reducción de un beneficio, aumento de costo o decisión de inscribirse o no inscribirse a un Plan durante la inscripción abierta.
- Un cambio en donde un empleado Pueda Calificar Para la Cobertura Intercambiada debido a que la cobertura del empleador no cumple con los requisitos de asequibilidad.
- Un empleado puede dejar la cobertura si su promedio semanal de horas es menos de 30, incluso si el empleado no pierde la elegibilidad para la cobertura debido a las normas de elegibilidad de la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio

Todos los cambios electorales deben de ser solicitados dentro de los 30 días del evento en cuestión, a menos que sea requerido por leyes estatales o federales o mandatos de cuidado de salud (por ejemplo, la perdida de cobertura bajo Medicaid o CHIP permite a un máximo de 60 días para obtener cobertura). Para hacer un cambio de elección contacte a su Administrador del Plan en la lista anterior.

2.5. BENEFICIOS DEL PLAN Y PROVISIONES DE LOS COSTOS COMPARTIDOS

A. Contribuciones del Participante

Las contribuciones de primas de cobertura de los Participantes son fijas, y el empleador asume los riesgos de costos administrativos y de primas sobre esa cantidad.

Si el Plan tiene costos compartidos con un Plan de Cafetería, las contribuciones de los empleados serán pagadas a través de una deducción de nómina antes de impuestos a partir del primer periodo de pago después de la inscripción, a menos que sean beneficios que no son elegibles de deducciones antes de impuestos como seguro de vida, discapacidad, o el empleado solicita deducciones después de impuestos. Las contribuciones serán pagadas bimensual para todos los empleados. Porcentajes de contribución actuales serán publicadas cada año durante el periodo de inscripción abierta. Vea resumen de la cobertura para los deducibles adicionales, coseguro, copagos, servicios, y cobertura, y los documentos de inscripción para las tasas aplicables y los niveles de contribución.

B. Niveles de Contribución de la Compañía

La Compañía hará sus contribuciones en una cantidad que (a la sola discreción de la Compañía) es por lo menos suficiente para financiar los beneficios o una parte de los beneficios que no son financiados de otra manera por las contribuciones del empleado elegible. La Compañía pagara su contribución y las contribuciones de los empleados elegibles, al asegurador o administrador de tercero o, en respecto a los beneficios que son auto-asegurados, La Compañía utilizara estas contribuciones para pagar los beneficios directamente hacia o en nombre de los Participantes de los activos generales de la Compañía. Las contribuciones para el costo de un beneficio particular del Empleado elegible, se utilizaran en su totalidad antes de usar las contribuciones del Empleador para pagar el costo de estos beneficios.

Las primas de seguro de empleados y de sus miembros de familia que son elegibles, son pagadas en parte por la Compañía de sus activos generales y en parte por las deducciones de nómina antes de impuestos de los empleados, en donde sea aplicable. El Administrador del Plan provee un horario de las primas aplicables durante los periodos de inscripción abierta inicial y posterior y por solicitud, de cada uno de los programas componentes de beneficios, como apliquen. Las contribuciones de programas componentes de beneficios autofinanciados también se hacen en parte o en totalidad por la Compañía y/o en parte o en totalidad con las deducciones de nómina antes de o después de impuestos de los empleados.

C. Orden de las Contribuciones del Participante y de la Compañía

Esta sección se aplica a menos que el patrocinador del Plan haya adoptado procedimientos específicos en escrito o un documento que dicte un orden distinto

para las contribuciones del Plan o para los recibos del Plan a las contribuciones del Plan.

- Todas las contribuciones de los Participantes se usaran primero para cubrir costos de primas y de beneficios, y después las contribuciones del Empleador se aplicaran para cubrir los costos restantes de primas y de beneficios más los costos de otros gastos del Plan, y si es aplicable para las primas de paro de perdida.
- Si cualquier componente del Plan esta autofinanciado y el Empleador a comprado una póliza de paro de perdida (y el empleador, no el Plan, es el titular de la póliza) cualquier ganancia del paro de perdida será tratada como totalmente asignable hacia las contribuciones del empleador. Es aplicable aunque los cálculos del costo total del Plan hagan incluido las primas de la póliza del paro de perdida. Las contribuciones de los Participantes no serán usadas para pagar las primas de la póliza de paro de perdida. (Si el Empleador es el titular de la póliza, el empleador tendrá el derecho al reembolso de cantidades que paga sobre un nivel umbral específico para los reclamos permitidos durante un periodo pertinente. La póliza del paro de pérdidas no es un activo del Plan y no le reembolsa a los Participantes por los costos de reclamos.)
- En el evento que se le pague al Plan un reembolso de tasa de perdidas médicas (MLR) o cualquier otro reembolso, la porción del reembolso que no exceda la cantidad total de contribuciones previas del Empleador durante el periodo pertinente será atribuible a hacia las contribuciones del Empleador y no hacia las contribuciones de los Participantes.

2.6. DOCUMENTOS COMPONENTES DEL PLAN DE BENEFICIOS

Todos los documentos relacionado(s) al Plan de Salud y Bienestar de Rexius Forest By-Products, Inc., incluyendo la Evidencia/Certificación de cobertura de cada Plan, lista de la red de proveedores, la Tasa de Contribuciones, Notificación General de COBRA, Aviso de Cobertura Acreditable de Medicare, y cualquier otros documentos o avisos pertinentes del Plan, están disponibles para los empleados y sus dependientes al ponerse en contacto con el Administrador del Plan. Los Participantes del Plan pueden recibir una copia en papel de cualquiera de los documentos mencionados anteriormente de forma gratuita al contactar al Administrador del Plan.

Por favor consulte con los documentos del Plan componente para obtener los detalles específicos de cada Plan, incluyendo una descripción de los beneficios, provisiones de costos compartidos, los requisitos para el uso de la red de proveedores, y las circunstancias en la que los beneficios pueden ser negados.

2.7. LIMITES POSSIBLES DE, O PERDIDA DE BENEFICIOS

Resumen de Beneficios y Cobertura

Vea los documentos del Plan componente y el Resumen de Beneficios y Cobertura (SBC) para obtener detalles con respecto a los deducibles, copagos, cobertura, los procedimientos de reclamación, recursos y información de la compañía del proveedor.

A. Coordinación de Beneficios

Para los Participantes y dependientes que no mantienen la cobertura bajo un Plan de salud y bienestar patrocinado por un Plan de salud y bienestar de otro empleador sin relación, el Plan será el pagador primario para todas las reclamaciones admisibles y los beneficios que se definen en la documentación de los programas integrantes de beneficios subyacentes. Si los Participantes o dependientes están cubiertos por otro seguro o Plan médico, los dos Planes coordinarán conjuntamente la eliminación de la duplicación de pagos como se explica en los documentos del Plan componente. La compañía de seguros tiene la responsabilidad principal de coordinar beneficios para los gastos elegibles para otros Planes del empleador, Planes del gobierno, Medicare u otra cobertura tales como los seguros automovilísticos.

B. Subrogación de Beneficios

El Asegurador o Administrador de Tercero deberán de tomar ciertos pasos para identificar cual Plan tiene un interés de subrogación y tendrán que administrar los casos de subrogación en nombre del Plan. Usted deberá de cooperar con el Asegurador o Administrador de Tercero para facilitar el cumplimiento de los derechos y intereses del plan. Los participantes deben de completamente cooperar y hacer su parte para asegurar que los derechos de recuperación y subrogación del Plan sean realizados. Si los participantes fallan o niegan de respetar los derechos del Plan a la recuperación y subrogación, el Plan podrá recuperar cualquier costo para poder imponer sus derechos. Este incluye, pero no es limitado a, costos de abogados, costos tribunales y otros gastos como se describe en los documentos componentes de beneficios.

C. Rescisión

Beneficios para usted y/o su(s) dependiente(s) inscrito(s) se anularán de manera retroactiva (esto se conoce como “rescisión”) si la compañía de seguro o el Administrador del Plan determina que obtuvo beneficios bajo el Plan como resultado de fraude o tergiversación intencional de un material factual. Se le dará 30 días de aviso por escrito, y la cobertura se anulara con la fecha del fraude o tergiversación intencional. Se le requerirá el reembolso al Plan por cualquier beneficio que usted o sus dependientes elegibles recibieron desde la fecha del fraude o tergiversación material, y tal cantidad será compensada con las primas

que pago antes de que se le devuelvan a usted, a la medida permitida por la ley aplicable.

D. Negación o Pérdida de Beneficios

Los beneficios del Participante bajo el Plan se terminaran cuando la participación del Empleado elegible en el Plan se termina. Los beneficios del Participante también terminaran con la terminación del Plan. Otras circunstancias pueden resultar en la terminación, reducción o negación de beneficios. Consulte con los documentos del programa componente de beneficios para los detalles con respecto a cuándo un Plan podrá terminar.

2.8. TERMINACIÓN DE BENEFICIOS

Los Beneficios bajo cualquier Programa Componente de Beneficios se terminaran para todos los Participantes en caso de que el Programa Componente de Beneficios se termine, y se terminara para un Participante en particular si su participación se acabó debido a la pérdida de elegibilidad o la terminación de empleo u otra razón.

Planes pueden o no pueden tener opciones de conversión (consulte con el Administrador del Plan). Consulte con las opciones disponibles para la continuación de beneficios tales como servicios médicos, dentales, visión y cuentas de gastos flexibles de salud, si es aplicable, bajo COBRA (Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria) como se explica a continuación. Consulte con el Administrador del Plan sobre las opciones posibles de conversión o sobre preguntas de derechos de continuación posibles. Para las provisiones de terminación vea cada uno de los documentos del programa componente de beneficios.

La participación de un Empleado elegible y la participación de sus dependientes elegibles en el Plan se terminaran en la fecha especificada en los documentos del programa componente de beneficios. Otras circunstancias pueden resultar en la terminación de los beneficios como se describe en los documentos del programa componente de beneficios.

Participación en el Plan puede ser anulada debido a la descalificación, inelegibilidad, o negación, la pérdida, confiscación, suspensión, compensación, reducción, etc. Para obtener información detallada consulte con los documentos correspondientes del programa componente de beneficios. Rexius Forest By-Products, Inc. reserva el derecho de cambiar, cancelar, o modificar todo o parte del Plan de Beneficios de Bienestar del Empleado, que considere necesario.

La Compañía tiene el derecho de terminar el Plan enteramente, o cualquier porción del mismo Plan en cualquier momento. En el caso de que el Plan es terminado, un aviso por escrito se repartirá 60 días antes de la anulación.

Un oficial, designado por la Compañía, puede firmar los contratos de seguro de este Plan en nombre de la Compañía, incluyendo las modificaciones de dichos contratos, y puede adoptar

(por un instrumento escrito) modificaciones del Plan que él o ella considere naturalmente administrativa, o conveniente para cumplir con leyes aplicables.

Otras circunstancias pueden resultar en la terminación de beneficios. Los contratos del seguro (incluyendo la certificación de las libretas de seguro), Planes y otros documentos que rigen en los Adjuntos aplicables, documentos que previamente han sido enviados o que están disponibles a través del Administrador del Plan, proveen información adicional.

2.9. ENMENDACIÓN Y TERMINACIÓN DEL PLAN

Enmendación del Plan

El Empleador reserva el derecho de enmendar, modificar o cancelar el Plan en cualquier aspecto, incluyendo pero no limitado a, la implementación de un cambio en la cantidad o el porcentaje de las primas o costos que tienen que ser pagados por el Participante. Ningún Participante tendrá un derecho establecido de cualquier beneficio bajo el Plan, sujeto a cualquier obligación de negociación que pueda existir. La Compañía tendrá el derecho de enmendar el Plan en cualquier momento y hasta cualquier medida que se considere necesaria o recomendable; siempre y cuando de que ninguna enmienda:

1. Tenga el efecto de privar en una forma discriminatoria, retroactivamente, cualquier Empleado elegible, dependiente o beneficiario de cualquier interés de beneficios que se haiga vuelto pagable antes de la fecha de que la enmienda tome efecto; o
2. Resulte en el alejamiento de los activos del Plan para cualquier otro propósito aparte de los que están establecidos en este Plan.

Un oficial, designado por la Compañía, puede firmar los contratos de seguro de este Plan en nombre de la Compañía, incluyendo las modificaciones de dichos contratos, y puede adoptar (por un instrumento escrito) modificaciones del Plan que él o ella considere naturalmente administrativa, o conveniente para cumplir con leyes aplicables.

En el caso de que el Plan haiga sido terminado, un aviso por escrito se repartirá 60 días antes de la anulación. Si el Plan se enmienda, el empleador tendrá que proveer sin demora un aviso a los Participantes según las leyes aplicables, y ejercitara las herramientas necesarias en conexión con eso. La Compañía notificara inmediatamente al Administrador del Plan y todos los partidos interesados de cualquier enmienda adoptada con conformidad a esta Sección.

2.10. PROCEDIMIENTOS DE RECLAMOS

A. Información General Sobre los Procedimientos de Reclamos

Los detalles sobre los procedimientos de reclamos son repartidos automáticamente y sin costo a usted, en una de las siguientes maneras: como un documento separado, copias adjuntas a este documento, repartidas previamente, o se pueden obtener del Administrador del Plan. Estas distribuciones cumplen con los requisitos de ERISA.

Generalmente, para obtener beneficios de la compañía de seguros o el administrador tercero, de un programa componente de beneficios proporcionado, usted debe seguir los procedimientos de reclamos bajo los documentos aplicables del programa componente de beneficios, lo cual pueda requerir que usted complete, firme y presente un reclamo por escrito en el formulario de la compañía de seguros o administrador tercero. En ese caso el formulario está disponible a través del Administrador del Plan.

Resumen de los procedimientos de reclamos y apelaciones de ERISA, para cualquier tipo de beneficio bajo ERISA:

1. El reclamo es archivado – por el participante del plan o por un representante autorizado.
2. El reclamo - es o pagado completamente o rechazado completamente o en parte – por el Administrador de Reclamos. Si el reclamo es completamente o en parte rechazado, esto se llama “Determinación de Beneficios Adversos.”
3. Apelación de Determinación de Beneficios Adversos – por el participante del plan o por su representante autorizado.
4. Decisión final sobre la apelación – por el Fiduciario de Reclamos (no la misma persona que negó el reclamo inicial, ni tampoco por un subordinado de dicha persona).

Si su apelación es negada o si el fiduciario de reclamos no cumple con los periodos de tiempo de ERISA, los cuales están detallados debajo, usted podrá presentar una demanda civil (denuncia legal) en una corte Federal, bajo la sección der ERISA 502(1).

B. Procedimientos Estándares para los Reclamos de Beneficios Médicos

1. Beneficios Médicos que son Completamente Asegurados
Por los propósitos de determinar la cantidad y derecho a beneficios bajo un programa médico componente, el cual paga beneficios bajo una póliza de seguro, la Compañía de Seguros es el Fiduciario Nombrado y tendrá el poder total de hacer determinaciones factuales e interpretar y aplicar los términos de la póliza como se relacionan a los beneficios provistos a través del acuerdo asegurado, a menos que el Administrador del Plan haya retenido explícitamente y por escrito el derecho de hacer una determinación final. La Compañía de Seguros también será el Administrador de Reclamos por el propósito de determinaciones de reclamos.
2. Beneficios Médicos que son Autofinanciados
Por los propósitos de determinar la cantidad y derecho a beneficios bajo un programa médico componente, el cual paga beneficios a través de los activos generales de la Compañía, el Administrador del Plan tendrá el poder total de hacer determinaciones factuales e interpretar y aplicar los términos de la póliza como se relacionan a los beneficios provistos a través de un acuerdo autofinanciado, a menos que el Administrador del Plan haya apropiadamente delegado dichas responsabilidades a un Administrador de

Reclamos. Esto se especifica en los documentos Componentes del Programa de Beneficios.

Para obtener beneficios bajo un acuerdo autofinanciado, un Participante tendrá que completar y presentar al Administrador de Reclamos o del Plan en una manera puntual, un reclamo por escrito en un formulario que puede ser obtenido por dicho Administrador de Reclamos o del Plan.

El Administrador de Reclamos o Administrador del Plan decidirá el reclamo de acuerdo con los procedimientos de reclamos como es requerido por ERISA. ERISA impone plazos máximos específicos para diferentes tipos de reclamos médicos (por ejemplo, pre autorización, emergencia, pos tratamiento), los cuales están detallados en los documentos Componentes de beneficios médicos. El Administrador del Plan o Administrador de Reclamos tiene el derecho a obtener un asesoramiento medico independiente y de requerir cualquier otra evidencia que considere necesaria para tomar una decisión sobre su reclamo. Si el Administrador del Plan o Administrador de Reclamos rechaza, completamente o en parte, el reclamo del Participante, tendrá que enviar por escrito la razón por el rechazo.

Si el reclamo de un Participante es rechazado, el o ella podrá apelar con el Fiduciario Nombrado, para poder tener una revisión de la reclamación rechazada. El Fiduciario Nombrado podrá tomar una decisión sobre la apelación de acuerdo con los procedimientos razonables de reclamos, como es requerido por ERISA. Si el Participante no apela a tiempo, el o ella perderá su derecho a presentar una demanda en una corte estatal o federal, debido a que dicha persona no a agotado los derechos internos de apelación administrativa (un procedimiento que normalmente es requerido antes de que se pueda presentar una demanda estatal o federal). Los documentos del seguro u otros documentos que rigen los Beneficios Componentes, contienen más información sobre como presentar un reclamo y detalles sobre los procedimientos de reclamos los cuales son aplicables a dicho reclamo.

Después de que una apelación para Beneficios Médicos sea rechazada por el Fiduciario Nombrado, un Participante será elegible a presentar una solicitud de revisión bajo los procedimientos de revisiones externas como es provisto por las siguientes regulaciones: Regulación Tesorera Sección 54.9815-2719T(d)(1)(i); Departamento de Trabajo (DOL) Sección 2590.715-2719(d)(1)(i) y Regulación del Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS) Sección 147.136(d)(1)(i), si es aplicable.

C. Procedimiento de Reclamos de Beneficios Basados en la Determinación de Discapacidad

Procedimientos de reclamos de ERISA se aplican específicamente a los reclamos hechos a partir del 1 de abril del 2018, y bajo el plan para los beneficios basados en la determinación de discapacidad. Sin embargo, si el Administrador del Plan a delegado o nombrado a un asegurador o administrador tercero como el fiduciario de reclamos, dicha entidad tendrá la discreción y autoridad completa de determinar la elegibilidad para dichos beneficios, los procedimientos de reclamos del asegurador o administrador tercero serán aplicables siempre y cuando cumplan con las regulaciones vigentes del Departamento de Trabajos (DOL). Para obtener información adicional contacte al asegurador de discapacidad.

Adicionalmente, si se realiza una determinación de discapacidad fuera del plan por razón que NO sean la determinación de la elegibilidad para los beneficios del plan, los nuevos procedimientos de reclamos de discapacidad de ERISA no serán aplicables. Ejemplos de cuando las provisiones de reclamos de discapacidad NO son aplicables serían cuando la determinación de discapacidad es basada solamente en cuando el reclamante tiene derecho a beneficios de discapacidad bajo la Ley del Seguro Social o bajo el plan de discapacidad de largo plazo del empleador.

A continuación se incluye un resumen de los procedimientos de reclamos, los cuales tomaron efecto en o después del 1 de abril del 2018, y si es que: a) el Administrador del Plan hace las determinaciones de discapacidad, o b) si el Administrador del Plan ha designado a un fiduciario de reclamos separado, y los procedimientos de reclamos de dicho fiduciario no cumplen con las regulaciones aplicables del Departamento de Trabajo (DOL):

1. Si el administrador de reclamos niega su reclamo, usted recibirá una notificación dentro de 45 días después de recibir su formulario de reclamos completo, excepto el administrador podrá extender el tiempo por no más de 2 periodos adicionales de 30 días si es que se le notifica a usted por escrito y si es que se cumple algún otro requerimiento.
2. Cualquier determinación adversa de beneficios incluirá la información especificada en las últimas regulaciones del Departamento de Trabajo (DOL).
3. Usted tendrá 180 días para poder apelar una determinación adversa de beneficios. Usted podrá solicitar, gratuitamente, acceso razonable a y copias de todos los documentos, registros y otra información sobre su reclamo de beneficios. Usted podrá enviar información y opiniones de expertos que no estuvieron involucrados en el reclamo inicial.
4. Dentro de los 45 días posteriores a que el Administrador de Reclamos reciba su solicitud de apelación, se le notificará de su decisión sobre su apelación, excepto que este periodo se puede prorrogar por un periodo adicional de 45 días si circunstancias especiales (como la necesidad de celebrar una audiencia) requieren una extensión de tiempo. En tal caso se le notificará a usted por escrito de la necesidad de tener una extensión. La persona que revise su apelación no será la misma persona que tomó la decisión inicial de beneficios, no otorgará ninguna deferencia a la decisión inicial de beneficios y no será un subordinado de la persona que tomó la decisión inicial. Si se concede su apelación, la decisión contendrá información suficiente para informarle sobre dicha decisión. Si el fiduciario que repasa su caso anticipa que su apelación va a ser negada en su totalidad o en parte, el fiduciario tendrá que proveer cierta información a usted (gratuitamente) apena sea posible y con suficiente tiempo antes de la fecha en que debe tomarse la decisión final, para que usted tenga una oportunidad razonable para poder repasar la decisión y enviar una respuesta. Si se rechaza su apelación, se le enviará un aviso por escrito que incluye la información especificada en las reglamentaciones finales.

Reclamos de Discapacidad

Determinación del Procedimiento de Reclamos de Discapacidad para los Beneficios

Si su reclamo de un beneficio bajo este plan el cual es basado en una determinación de discapacidad, es rechazado enteramente o en parte:

1. Usted o su beneficiario recibirán un aviso por escrito a más tardar de 45 días después de que los administradores recibieran el reclamo.
 - a. 30 días adicionales podrán ser proporcionados si el Administrador de Reclamos determina que una extensión es necesaria debido a circunstancias fuera del control del dicho Administrador y se le notifica al reclamante de la extensión dentro del periodo inicial de 45 días y la fecha en la cual se anticipa que el Administrador tome una decisión.
2. En la medida de que estos procedimientos sean inconsistentes con los procedimientos de reclamos, pólizas, contratos, descripción resumida del plan u otros materiales escritos para el plan de salud grupal, los procedimientos de reclamos de tal dicha pólizas, contratos, descripción resumida del plan prevalecerán siempre y cuando que los otros procedimientos de reclamos cumplan con las Regulaciones del Departamento de Trabajo 29 C. F. R. 2560.503-1 y 2590.715-2719

2.11. CONFORMIDAD CON LA LEY DE CUIDADO DE SALUD A BAJO PRECIO

El Plan cumple con todas las provisiones aplicables de la Ley de Protección al Paciente y de Cuidado de Salud a Bajo Precio (PPACA), como se detalla en los documentos del Plan componente. PPACA se aplica únicamente a los beneficios de salud. No se aplica a otros beneficios bajo el Plan, tales como visión, dental, vida, discapacidad, beneficios “exceptuados” (como son definidos por la ley y reglamentos) u otras categorías de beneficios.

Excepciones: Los Planes no están obligados a cumplir con ciertos requisitos de PPACA si los Planes son “heredados”(en inglés: grandfathered o grandmothered) como se define bajo PPACA (ciertos Planes pequeños que son asegurados y que no tienen que cumplir con ACA, que se les permitió renovar por un tiempo limitado bajo PPACA y ciertas leyes estatales). Vea los documentos componentes del Plan para poder clarificar si su Plan es “heredado” (en inglés: grandfathered o grandmothered).

La conformidad de PPACA (para los Planes que no son heredados) incluye, pero no se limita a:

- Cobertura de dependientes hasta la edad de 26
- No hay límites del dólar, anuales o de por vida en “Beneficios de Salud Esenciales” tal como se define en las regulaciones y PPACA
- Sin exclusiones de condiciones preexistentes
- Prohibición de rescisiones

- Protecciones del Paciente – la cobertura y el pago por los servicios de emergencia, la designación de un proveedor de atención primaria, la designación del médico pediátrico como proveedor de atención primaria, sin la autorización previa para el acceso a la atención obstétrica o ginecológica.
- Cuidado Preventivo – servicios especificados de atención preventiva están cubiertos en una base de primer dólar, no sujeto a copagos, coseguros, deducibles u otros requisitos de costo compartido.
- Pruebas de No Discriminación – este Plan se a previsto a cumplir con las normas actuales de no discriminación

2.12. NOTIFICACIONES DE ERISA

Con respecto a los Planes ofrecidos de salud de grupo, el Plan proveerá beneficios de acuerdo con los requisitos de todas las leyes aplicables, tal como COBRA, HIPAA, HITECH, MHPA, NMHPA, USERRA, GINA, MHPAEA, WHCRA, HCERA, y PPACA.

Notificación de Derechos Bajo Ley de Protección de Salud de Madres y Recién Nacidos

Los Planes de salud de grupo y los proveedores de seguros de salud o administradores de tercero, en general no podrán, bajo ley federal, restringir beneficios para cualquier duración de estadía hospitalaria en relación con partos, para la madre o el niño recién nacido, a menos de 48 horas después de un parto vaginal, o menos de 96 horas después de un parto por cesárea. Sin embargo, generalmente la ley federal no prohíbe que el proveedor primario del recién nacido o de la madre, después de consultar con la madre, le de alta a la madre o a su recién nacido antes de las 48 horas (o 96 horas como es aplicable). En cualquier caso, los Planes o proveedores de seguros no podrán, bajo ley federal, requerir que un proveedor medico obtenga autorización del Plan o del proveedor de seguros para poder recetar una duración de estadía que no exceda 48 horas (o 96 horas).

Notificación de la Ley de Derechos Sobre la Salud y el Cáncer de la Mujer

Si a tenido o va tener una mastectomía, es posible que usted tenga derecho a ciertos beneficios bajo la Ley de Derechos Sobre la Salud y el Cáncer de la Mujer promulgada en 1998 (WHCRA, por sus siglas en ingles). Para las personas que reciben beneficios relacionados con la mastectomía, la cobertura se proporcionara en una manera que se determinara en consulta con el médico tratante y el paciente, específicamente para:

- Todos los pasos de reconstrucción del seno en el cual se realizó la mastectomía;
- Cirugía y reconstrucción del otro seno para producir una apariencia simétrica;
- Prótesis; y
- El tratamiento de las complicaciones físicas de la mastectomía, incluyendo las linfedemas.

Estos beneficios se proporcionaran sujetos a los mismos deducibles y coseguros los cuales son aplicables a los otros beneficios médicos y quirúrgicos proporcionados bajo el beneficio componente aplicable. Verifique en el certificado de seguro o el folleto de beneficios para

obtener información sobre los deducibles y el coseguro que sea aplicable. Si desea obtener mas información sobre los beneficios de WHCRA, contacte al administrador del plan.

Derechos de Portabilidad de HIPAA

La Ley de Portabilidad y Contabilidad de Seguros de Salud de 1996 (HIPAA, por sus siglas en inglés.) requiere que le notifiquemos sobre una provisión muy importantes en el Plan. Su derecho a inscribirse en el Plan dentro de su “disposición especial de inscripción” si usted se casa, adquiere un dependiente nuevo, o si es que usted rechaza la cobertura bajo el Plan para un dependiente elegible, mientras que la otra cobertura este en efecto y si es que más adelante el dependiente pierde esa otra cobertura por ciertas razones calificadas. La inscripción especial debe de tomar lugar dentro de 30 días del evento de calificación o como es requerido por leyes estatales y federales (60 días si la inscripción o elegibilidad o la perdida de elegibilidad es para Medicaid o CHIP).

Ausencia Familiar y Médica

A la extensión que el plan sea sujeto a la Ley de Ausencia Familiar y Medica de 1993 (FMLA), el Administrador del Plan tendrá que permitir que un Participante pueda tomar una Ausencia sin pago bajo FMLA y que continúe con sus beneficios de salud de grupo bajo ciertas leyes aplicables. Beneficios no médicos continuaran en acuerdo a las pólizas de la Compañía. Los participantes que sigan participando de acuerdo con lo anterior pagaran dicha cobertura (antes o después de impuestos) según un método determinado por el Administrador del Plan que cumpla con las regulaciones aplicables. Si la cobertura del Participante bajo el plan, termina mientras el Participante esta en FMLA, el Participante no tiene derecho a recibir un reembolso por reclamaciones incurridas durante el periodo en que se termina la cobertura. Al reintegrarse al Plan al regresar de la ausencia de FMLA, el Participante tiene derecho a resumir la cobertura al nivel vigente antes de la ausencia de FMLA y podrá ponerse al día con los pagos de primas no pagadas, o resumirá la cobertura a un nivel reducido por la cantidad de primas sin pagar, y resumirá los pagos de primas al mismo nivel vigente antes de la ausencia de FMLA.

Ley de Paridad de Salud Mental y Equidad de Adicción (MHPAEA)

MHPAEA aplica solamente a los empleadores que tienen 50 o más empleados. Si es aplicable a este Plan, MHPAEA se aplica a los beneficios de salud de clase, proporcionados bajo este Plan que provee ambos beneficios médicos y quirúrgicos, y también beneficios de salud mental o trastornos de usos de sustancias. MHPAEA requiere que:

- Los requisitos financieros que se aplican a los beneficios de salud mental o a trastornos de usos de sustancias no podrán ser más restrictivos que los requisitos financieros predominantes que se aplican prácticamente a todos los beneficios médicos y quirúrgicos bajo el Plan y no podrán aplicar requisitos de reparto de costos separados a solamente los beneficios de salud mental o de trastornos de usos de sustancias.

- Las limitaciones de tratamiento que se aplican a los beneficios de salud mental o a trastornos de usos de sustancias no podrán ser más restrictivas que las limitaciones de tratamiento predominante que se aplican prácticamente a todos los beneficios médicos y quirúrgicos bajo el Plan y no podrán aplicar limitaciones de tratamientos separados a solamente los beneficios de salud mental o de trastornos de usos de sustancias.

El plan componente determina que cobertura de salud mental y/o trastornos de uso de sustancias es proporcionado.

USERRA

El Administrador del Plan también le permitirá continuar la elección de beneficios como es requerido bajo la Ley de Derecho de Empleo y Reempleo para el Personal del Servicio Uniformado (USERRA) y proporcionara dichos derechos de reinstalación como es requerido por dicha ley. El Administrador del Plan también le permitirá continuar elecciones de beneficios según lo dispuesto en cualquier otra ley estatal aplicable en la medida de que dicha ley no sea precavida por ley federal.

Notificación de Inscripción Especial

Si es que esta rechazando la inscripción para usted o para sus dependientes (incluyendo a sus cónyuge) por la cobertura de otro seguro de salud o por un Plan de salud de grupo, usted tal vez podrá inscribir a usted mismo y a sus dependientes en este Plan, si es que usted o sus dependientes pierden la elegibilidad para esa cobertura (o si es que el empleador para de hacer contribuciones hacia la cobertura de usted o sus dependientes). Sin embargo, usted tendrá que solicitar la inscripción dentro del tiempo permitido, que está especificado en los documentos del Plan, después de que la otra cobertura de usted o sus dependientes haiga terminado (o después de que el empleador paré de hacer contribuciones hacia la otra cobertura). Además, si es que tiene un dependiente nuevo, al resultado de una boda, nacimiento, adopción, colocación para adopción, usted tal vez podrá inscribirse a usted mismo y a sus dependientes. Sin embargo, usted tendrá que solicitar la inscripción dentro del tiempo permitido, que está especificado en los documentos del Plan, después de la boda, nacimiento, adopción o colocación para adopción. Para solicitar la inscripción especial o para obtener más información, contacte al Administrador del Plan.

Ley Antidiscriminatoria de Información Genética del 2008 (“GINA”)

La Ley Antidiscriminatoria de Información Genética del 2008 (“GINA”) prohíbe que el Plan discrimine contra individuales en base a la información genética cuando se tenga que proveer los beneficios a cualquiera, bajo el Plan de beneficios provisto.

Generalmente GINA:

- Prohíbe que el Plan ajuste primas o cantidades de contribuciones para el grupo basado en la información genética;
- Prohíbe que el Plan requiera o que ordene que un individual o miembro de familia de un individual se sometán a una prueba genética, siempre y cuando que dicha

prohibición no limite la autoridad de un profesional de la salud, de solicitar que un individuo se someta a una prueba genética, o que se opongán a que un Plan médico de grupo obtenga o use los resultados de una prueba genética para hacer una determinación en respecto a un pago;

- Permite que el Plan solicite, pero que no exija, que un Participante o beneficiario se someta a una prueba genética para fines de investigación, si el Plan no utiliza la información para los propósitos de suscripción y cumple con ciertos requisitos de divulgación; y
- Prohíbe que el Plan solicite, requiera, o compre la información genética con fines de suscripción, o con respecto a cualquier individuo antes de o en relación con la inscripción de dicha persona.

Ley de Michelle

La Ley de Michelle es una ley federal que requiere que ciertos Planes de salud de grupo continúen la elegibilidad para los hijos adultos dependientes que son estudiantes que atienden a una escuela de estudios superiores, en donde los hijos de otra manera dejarían de ser considerados como estudiantes elegibles debido por una ausencia medicamente necesaria de la escuela. En tal caso, el Plan debe de continuar de tratar a los hijos como elegibles hasta que cualquiera de los siguientes suceda primero:

- La fecha que es un año después de la fecha en que comenzó la ausencia médica necesaria; o la fecha en cual de otra forma la cobertura bajo el Plan terminaría.

Para que las protecciones de la Ley de Michelle apliquen, los hijos tendrán que:

- Bajo los términos del Plan, ser un hijo dependiente de un Participante o beneficiario del Plan; y
- Ha sido inscrito en el Plan y como un estudiante en una institución educativa de estudios superiores, inmediatamente antes del primer día de la ausencia medicamente necesaria.

“Ausencia medicamente necesaria” significa cualquier cambio en la inscripción en la escuela de estudios superiores que comienza mientras que el hijo sufre de una enfermedad o lesión grave, es medicamente necesario, y hace que el hijo pierda la categoría de estudiante por los propósitos de cobertura bajo el Plan.

Si usted cree que su hijo es elegible para esta elegibilidad continua, usted tendrá que proveer al Plan con una certificación en escrito, por su médico, de que su hijo sufre de una enfermedad o lesión grave y de que la ausencia es medicamente necesaria.

Si tiene alguna pregunta sobre la información contenida en esta notificación o el derecho de su hijo a la continuación de la cobertura de la Ley de Michelle, debe de contactar al Administrador del Plan.

La Discriminación es Contra La Ley

La Compañía cumple con las leyes federales aplicables de derecho civil y no discrimina en base a la raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, o sexo. La Compañía no excluye a la gente o la trata de forma diferente debido a raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo.

La Compañía:

- Provee asistencia y servicios gratuitos a las personas con discapacidad para comunicarse eficientemente con nosotros, tal como:
 - Interpretes calificados de lenguaje de señas
 - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)

- Provee servicios gratuitos de lenguaje a la gente cuyo idioma principal no es el inglés, como:
 - Interpretes calificados
 - Información escrita en otros idiomas

Si usted necesita estos servicios contacte al Administrador del Plan.

Si su Compañía tiene quince (15) o más empleados y usted cree que La Compañía a fallado en proveer estos servicios o a discriminado en cualquier otra manera en base a la raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, o sexo, consulte con el Administrador del Plan para obtener los Procedimientos de Quejas o si necesita ayuda en llenar una queja. Las quejas pueden ser presentadas en persona, por correo, fax, o por correo electrónico.

Usted también puede presentar una queja de derechos civiles con el Departamento de Salud y de Servicios Humanos de los Estados Unidos, Oficina de Derechos Civiles, electrónicamente a través del Portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles disponible a través de <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> o por correo o teléfono:

U.S. Department of Health and Human Services 200
Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Formularios de quejas están disponibles a través de <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>

Responsabilidades de los Participantes

Cada Participante será responsable de proporcionar su domicilio actual al Administrador del Plan, si es aplicable Administrador de Reclamos, y a la Compañía y, si es que es requerido por

una compañía de seguros o un administrador tercero, con respecto a un beneficio que es completamente asegurado, a la compañía de seguros. Si es requerido por la compañía de seguros, con respecto a un beneficio que es completamente asegurado, cada empleado que es un Participante será responsable de proporcionar a la compañía de seguros, con la dirección de cada uno de sus dependientes elegibles que tiene cobertura. Todas las notificaciones requeridas o permitidas que se dan a un Participante conforme al presente se consideraran dadas si se dirigen a la dirección más recientemente proporcionada por el Participante, si son enviadas por correo de primera clase de Estados Unidos. Las compañías de seguros, el Administrador del Plan y la Compañía no tendrán ninguna obligación o el deber de localizar a un Participante.

Documentando la Elegibilidad para la Inscripción y los Beneficios

Cualquier persona que reclame beneficios del Plan deberá de proveer al Administrador del Plan o, con respecto a un beneficio que es completamente asegurado, la compañía de seguros o administrador tercero con la información y documentación que sea necesaria para verificar la elegibilidad a y / o privilegio a beneficios bajo el Plan. Consulte los detalles en los documentos del programa componente de beneficios.

El Administrador del Plan, si es aplicable el Administrador de Reclamos (y, con respecto a un beneficio que es completamente asegurado, la compañía de seguros) tendrá el derecho y la oportunidad de tener a un Participante examinado cuando se reclaman beneficios, y cuando y tan frecuentemente se requiera durante la pendencia de cualquier reclamación bajo el Plan.

2.13. CONFORMIDAD DE SEGURIDAD Y PRIVACIDAD DE HIPAA

REGLAS DE PRIVACIDAD DE HIPAA

Aplicación

La Ley de Portabilidad y Contabilidad de Seguros de Salud de 1996 como es enmendada (HIPAA) únicamente se aplica a los Programas Componentes de Beneficios que constituyen los Planes de salud de grupo que están sujetos a la ley HIPAA, y que son auto-financiados o para la cual el patrocinador del Plan usa o divulga “información médica protegida” (PHI). Tales Planes de salud de grupo son “Programas Cubiertos” bajo HIPAA.

Póliza de Seguridad y Privacidad

Los Programas Cubiertos adoptaran las pólizas de seguridad y privacidad de HIPAA, como es apropiado.

Acuerdo de Socio Comercial

Los Programas Cubiertos entraran a un acuerdo de socio comercial con cualquier personas o entidades que puedan ser requeridos por la ley aplicable, como sea determinado por el Administrador del Plan.

Notificación de Practicas de Privacidad

Los Programas Cubiertos proveerán una notificación de prácticas de privacidad a cada Participante en las medidas requeridas por la ley aplicable.

DIVULGACIÓN A LA COMPAÑÍA

En General

Esta subsección permite que los Programas Cubiertos divulgan PHI a la Compañía en la medida de que dicha PHI sea necesaria para que la Compañía pueda llevar a cabo sus funciones administrativas en relación con los Programas Cubiertos.

Si parte de las responsabilidades del trabajo incluyen la administración o gestión del plan de salud grupal, puede haber ocasiones en que los siguientes departamentos tengan acceso a la PHI de los empleados: Contabilidad, Legal, Información Tecnológica, Recursos Humanos, Beneficios. Los siguientes son ejemplos de cómo las responsabilidades laborales de estas posiciones puedan requerir el acceso a PHI o ePHI (pero no están limitadas a): el pago de reclamos, la revisión de cantidades pagados por servicios médicos, revisión legal de reclamos o apelaciones o de problemas de beneficios, o acceso a ePHI que está en (o en tránsito a) el servidor, red, Intranet o Internet del empleador.

Si usted tiene alguna pregunta sobre la persona o personas que tiene acceso a esta información, por favor consulte con el administrador del plan.

Divulgación Permitida

1. *Divulgación Permitida de Información de Inscripción/Cancelación de Inscripción.* Los Programas Cubiertos pueden divulgar a la Compañía información sobre si es que un individual está participando en uno de los Programas Cubiertos. Las operaciones de Inscripción o Cancelación de Inscripción echas por la Compañía están hechas en nombre de Participantes y beneficiarios de los Programas Cubiertos, y NO son operaciones de la administración del plan. Información de Inscripción o de Cancelación de Inscripción mantenida por la Compañía, es mantenida en la capacidad de la Compañía como un empleador y no es Información Medica Protegida (PHI).
2. *Usos Permitidos y Divulgación de Información de Salud Resumida.* Los Programas Cubiertos pueden divulgar Información de Salud Resumida, como se define en las reglas de privacidad de HIPAA, a la Compañía, provisto que la Compañía solicite la Información de Salud Resumida para el propósito de (i) obtener ofertas de primas de Planes de salud para proveer cobertura de seguro médico bajo los Programas Cubiertos; o (ii) para modificar, enmendar, o terminar los Programas Cubiertos.
3. *Información Divulgada debido a una Autorización Firmada.* La información divulgada debido a una autorización firmada, la cual cumple con los requerimientos de 45 CFR 164.508, NO es sujeta a ninguna restricción, excepto a restricciones impuestas por dicha autorización firmada.
4. *Usos Permitidos y Requeridos, y Divulgación de Información Medica Protegida para Fines de Administración.* Si es que los planes de salud componentes NO han sido enmendados con esta información, este documento “Wrap” los enmendara para incorporar las siguientes provisiones, las cuales permiten que los Programas Cubiertos puedan divulgar PHI al Patrocinador del Plan para los “propósitos de administrar el

plan”, como es definido en la regulaciones de HIPAA. Esto incluye la garantía de calidad, procesamiento de reclamos, auditoria, y monitorización. El Patrocinador del Plan solamente usara dicha PHI para los propósitos de administrar el plan y NO usara esta información para cualquier decisión o acción relacionada con el empleo. Esta sección también sirve como una Certificación en nombre del Patrocinador del Plan, la cual certifica que los Programas de Salud han sido enmendados para incluir las siguientes limitaciones/restricciones:

- *Uso y Divulgación Adicional:* La Compañía no utilizara o divulgara más PHI aparte de lo que es permitido o requerido por el documento del Plan o de lo requerido por todas las leyes aplicables, incluyendo pero no limitado a las reglas de privacidad de HIPAA. Al uso o divulgación de PHI o al solicitar PHI de los Programas Cubiertos, la Compañía hará esfuerzos razonables para limitar la PHI a la cantidad mínima necesaria para cumplir el propósito intencionado del uso, divulgación o solicitud.
- *Agentes y Subcontratistas:* La Compañía requerirá que cualquier agente, incluyendo a subcontratistas, a los cuales les presta PHI recibida de los Programas Cubiertos, firmen un Acuerdo de Socio Comercial y que estén de acuerdo con las mismas restricciones y condiciones que se aplican al Empleador, la Compañía o al Patrocinador del Plan, con respeto a dicha información.

Preguntas en respecto al uso de PHI deben de ser dirigidas al Asegurador o al administrador tercero en cuestión. El asegurador o administrador tercero asesoraran a un Participante del Plan que quiera ejercer cualquiera de sus derechos en respecto a la PHI, de los procedimientos que deben seguirse.

- *Acciones Relacionadas con el Empleo:* A excepción de lo permitido por las reglas de privacidad de HIPAA y otras leyes de privacidad federales y estatales aplicables, la Compañía no utilizara PHI para las acciones y decisiones relacionadas con el empleo, o en conexión con cualquier otro Plan de beneficios de empleados de la Compañía.
- *Reportando el Uso o la Divulgación Inapropiada:* De acuerdo con (16 CFR Parte 318), Regla de notificación de violación de salud, donde sea aplicable, se compromete a notificar tanto a los Participantes, la Comisión Federal de Comercio y Programas Cubiertos, de un uso o divulgación de cualquier PHI o PHI electrónica previsto para fines de la Administración del Plan que es inconsistente con los usos o divulgaciones contempladas, o que represente un Incidente de Seguridad PHI, o que el Patrocinador del Plan o cualquier Socio Comercial del Patrocinador del Plan se den cuenta.
- *Separación Adecuada.* La Compañía se asegurara de mantener protección adecuada de PHI y la separación entre los Programas Cubiertos y la Compañía es establecida y mantenida (por ejemplo un firewall).
- *Cumpliendo con los Derechos de Privacidad de Personas:* La Compañía pondrá a disposición la PHI Para cumplir con el derecho de una persona a poder acceder a su PHI, o para corregir su PHI (y la compañía hará las modificaciones apropiadas); la Compañía pondrá a disposición la información requerida para

proporcionar un informe de divulgaciones cuando sea solicitado por una persona.

- *Información para HHS:* La Compañía pondrá a disposición del Secretario de Salud y Servicios Humanos sus prácticas internas, libros y registros relacionados con el uso y la divulgación de la PHI recibida del Plan de Salud, a los fines de determinar el cumplimiento del Plan de Salud con los requisitos de privacidad de HIPAA.
- *Devolver o Destruir PHI:* Si es factible, la Compañía devolverá o destruirá toda la PHI recibida a través del Plan de Salud si es que la Compañía todavía mantiene dicha información en cualquier forma y no conservara copias de dicha información una vez que ya no sea necesario por los propósitos de divulgar dicha información, excepto cuando tal devolución o destrucción no es factible, la Compañía limitara más usos o divulgación de esa información de acuerdo con los propósitos que hacen la devolución o destrucción no factible.

2.14. COBRA

NOTIFICACIÓN DE COBRA.

El Administrador del Plan de cualquier Plan de salud de grupo que es un programa componente de beneficio bajo este Plan, tiene que proveer (o habrá proporcionado) a los Participantes del Plan de salud de grupo con notificaciones correspondientes de COBRA, si es aplicable, durante la inscripción inicial, y / o si un Evento de Calificación ocurre. Los Participantes del Plan pueden solicitar del Departamento de Recursos Humanos en cualquier momento, una copia de estas notificaciones de COBRA.

2.15. DECLARACIÓN DE DERECHOS DE ERISA

Ley de Seguridad de los Ingresos de Jubilación de los Empleados de 1974 (ERISA, para sus siglas en inglés) establece que todos los Participantes del Plan tendrán los siguientes derechos. Tenga en cuenta que los Planes de Cafetería, incluyendo a cualquier Acuerdo de Gastos Flexibles para el cuidado de dependientes ofrecidos bajo el Plan, no son sujetos a ERISA.

Recibir Información sobre Tu Plan y Beneficios

Examine, sin cargo, en la oficina del Administrador del Plan y en otros lugares designados, todos los documentos que rigen en el Plan, incluyendo a los contratos de seguro y si el grupo tiene 100 Participantes o más, una copia del último reporte anual (Formulario serie 5500) archivado por el Plan con el Departamento de Trabajo de los Estados Unidos.

Obtenga, al entregar una solicitud por escrito al Administrador del Plan, copias de documentos que rigen la operación del Plan, incluyendo los contratos de seguro y acuerdos colectivos de negociaciones, y copias del último reporte anual (Formulario serie 5500, si es que hay 100 Participantes o más) y una Descripción Resumida del Plan actualizada. Reciba un resumen del reporte financiero anual del Plan. Si se provee un Plan de pensión, obtenga una declaración que indique si usted tiene derecho a recibir una pensión a la edad de jubilación normal (65 años) y si es así, cuáles serían sus beneficios a la edad de jubilación normal si usted deja de trabajar bajo el Plan ahora. Si usted no tiene derecho a una pensión, la declaración le dirá cuántos años más se tiene que trabajar para conseguir el derecho a

una pensión. Esta declaración debe ser solicitada por escrito y no se requiere que se proporcione más de una vez cada 12 meses.

Idioma Extranjero

Este documento contiene un resumen en inglés de sus derechos del Plan y beneficios bajo el Plan de salud de grupo. Si usted tiene dificultad para entender cualquier parte de este documento, contacte al Administrador del Plan que ha sido indicado anteriormente.

Acciones Prudentes de los Fiduciarios del Plan

Además de crear derechos para los Participantes del Plan, ERISA impone obligaciones en las personas que son responsables de la operación del Plan de beneficios de empleados. Las personas que operan su Plan, llamadas “fiduciarios” del Plan, tiene el deber de hacerlo prudentemente y en el interés de usted y otros Participantes y beneficiarios del Plan. Nadie, incluyendo a su empleador, su unión, o cualquier otra persona, puede despedirlo o de otra manera discriminar contra usted en una manera que impida que usted obtenga una pensión o beneficio de bienestar o que le impida su habilidad de ejercer sus derechos bajo ERISA.

Imponga sus Derechos

Si su solicitud para una pensión o beneficio de bienestar es rechazada o ignorada, en su totalidad o en parte, usted tiene derecho a saber por qué es que esto fue hecho, a obtener sin cargo copias de los documentos relacionados con la decisión, y a apelar cualquier negación, dentro de ciertos límites de tiempo. Bajo ERISA, hay pasos que usted puede tomar para imponer los derechos anteriores. Por ejemplo, si usted solicita una copia de los documentos del Plan o el último reporte anual del Plan y no los reciben dentro de 30 días, usted podrá presentar una demanda en una corte federal. Si usted tiene una solicitud para un beneficio que es rechazada o ignorada, en su totalidad o en parte, usted podrá presentar una demanda en una corte estatal o federal. Además, si usted no está de acuerdo con la decisión del Plan o la falta de decisión con respecto al estado calificado de una orden de relaciones domesticas o una orden de manutención infantil médica, usted podrá presentar una demanda en una corte federal. Si sucedería que los fiduciarios del Plan hacen uso indebido del dinero del Plan, o si discriminan contra usted por afirmar sus derechos, podrá solicitar la asistencia del Departamento de Trabajo de los Estados Unidos, o usted podrá presentar una demanda en una corte federal. La corte decidirá quien deberá de pagar los costos de la corte y las tarifas legales. Si usted es exitoso la corte puede ordenar que la persona que usted denunció, pague estos costos y tarifas. Si pierde, la corte puede ordenar que usted pague estos costos y tarifas, por ejemplo, si la corte encuentra que sus reclamos son infundados.

Asistencia con Sus Preguntas

Si usted tiene algunas preguntas sobre su Plan, debería de contactar al Administrador del Plan. Si usted tiene algunas preguntas sobre esta declaración o sobre sus derechos bajo ERISA, o si necesita asistencia para obtener documentos del Administrador del Plan, debe de comunicarse con la oficina más cercana de la Administración de Seguridad de Beneficios de Empleados (EBSA) Departamento de Trabajo de los Estados Unidos, listados en su directorio telefónico o (866) 444-3272. También puede encontrar la información de contacto de EBSA en:

<https://www.dol.gov/ebsa/contactEBSA/consumerassistance.html>. Aún más puede obtener ciertas publicaciones sobre sus derechos y responsabilidades bajo ERISA llamando a la línea directa de publicaciones de EBSA.

SECCIÓN 3: PROVISIONES GENERALES

3.1. Sin Derecho al Empleo

Nada de lo contenido en este Plan será interpretado como un contrato de trabajo entre la Compañía y usted, o como un derecho de cualquier empleado a continuar el empleo bajo la Compañía, o como una limitación del derecho de la Compañía del despido de cualquiera de sus empleados, con o sin causa “a voluntad”.

3.2. Ley que Rige

El Plan será interpretado de acuerdo con y se rige por las leyes del estado o por la mancomunidad de organización del Patrocinador del Plan en la medida que no sea prevenido por ley federal. El Plan, por el presente, incorpora por referencia cualquier provisión requerida por ley estatal en la medida de que no es prevenido por ley federal.

3.3. Efecto de Impuestos – Notificación Acerca de Pagos Hechos Antes de Impuestos y Efecto Posible con los Beneficios del Futuro de Seguro Social

Cuando sea posible, la Compañía ofrecerá beneficios bajo el Plan de manera previa de impuestos de acuerdo con la ley fiscal federal. Algunos beneficios pueden ser obtenidos en una manera después de impuestos. La Compañía no representa o garantiza que cualquier consecuencia de impuesto, en particular federal, estatal o ingreso local, nomina, propiedad personal, será el resultado de la participación en este Plan. Usted debería de consultar con su asesor profesional de impuestos para determinar las consecuencias fiscales de su participación en este Plan.

Si este Plan le permite pagar por los beneficios de manera previa de impuestos, usted no tendrá que pagar impuestos de Seguro Social sobre los dólares antes de impuestos que usted uso para pagar por cobertura. Como un resultado, los ingresos utilizados para calcular

sus beneficios de Seguro Social en la jubilación no incluirán estas contribuciones. Esto podría resultar en una reducción pequeña en el beneficio de Seguro Social que usted recibe en la jubilación. Sin embargo, sus ahorros en impuestos actuales bajo el Plan, normalmente serán mayores que cualquier reducción eventual de los Beneficios del Seguro Social.

3.4. Reembolso de las Contribuciones de Primas

Para los programas componentes de beneficios totalmente asegurados, el Plan cumplirá con las direcciones del Departamento de Trabajo (DOL), en relación con reembolsos (por ejemplo, dividendos, desnaturalización, ajuste de experiencia, y / o el reembolso de la tasa de pérdidas (MLR) de primas de seguro). En la medida de que la Compañía reciba reembolsos, determinados a ser activos del Plan en la medida de que las cantidades sean atribuibles a las primas de seguro pagadas por los Participantes, los reembolsos serán (a) distribuidos dentro de los 90 días siguientes a la recepción, a los Participantes cubiertos por la póliza a la cual es relacionada con el reembolso, en un método de asignación razonable, justa y objetiva o (b) si las distribuciones de los reembolsos no son eficientes en costos por que las cantidades son pequeñas o darían lugar a consecuencias fiscales para los Participantes, los reembolsos pueden ser usados para pagar primas futuras de Participantes o para mejorar beneficios que ayudan a los Participantes cubiertos por la póliza a la cual se refiere el reembolso. Tal determinación será hecha por el Administrador del Plan, actuando en su capacidad fiduciaria, después de pesar el costo para el Plan y de medir los intereses incompatibles de los Participantes. Cualquier reembolso atribuible a las primas de seguro pagadas por la Compañía será retenido por la Compañía.

3.5. Facilidad de Pago

Cuando, en la opinión de la Compañía o del representante designado, cualquier Participante bajo el Plan tiene una discapacidad legal o está incapacitado de alguna manera en la cual no pueda administrar sus asuntos financieros, la Compañía o su representante podrá ordenar que se le pague al representante legal del Participante, o podrá retener el pago, pendiente de una adjudicación de capacidad legal del Participante, y el nombramiento de un representante legal. La Compañía o su representante designado también podrá ordenar que el pago se aplique en beneficio del Participante de cualquier forma que la Compañía considere aconsejable. Cualquier pago echo por el Plan en buena fe en conformidad a esta disposición, completamente descargara al Plan, la Compañía o al Empleador asta al exento de dicho pago. Cualquier requisito de pago incluirá pagos a los beneficiarios de un Participante, en caso de beneficios de muerte pagados bajos el Plan.

3.6. Datos

Los Participantes que pueden recibir beneficios bajo el Plan tienen que proporcionar a la Compañía, o a sus representantes designados, documentos, evidencia, información, comunicados o autorizaciones, según lo que se considere necesario o conveniente para el propósito de administrar el Plan, o para proteger a la Compañía. Sera una condición del Plan que cada dicha persona debe proporcionar la información con prontitud y firmaran los documentos que la Compañía pueda requerir antes de que los beneficios sean pagables bajo el Plan.

3.7. Comunicación Electrónica

Cuando se requiere que un Empleado, Participante, Cónyuge, otro Dependiente o beneficiario, proporcione información o lleve a cabo un proceso en escrito, el Administrador del Plan puede, a su discreción, permitir o exigir que se utilicen medios electrónicos. Además, reuniones con el Administrador del Plan, podrán realizarse en persona, o a través medios electrónicos o telefónicos, o en una combinación de los dos, y las acciones del Administrador del Plan se pueden tomar por escrito usando medios electrónicos o convencionales. En el uso de la comunicación electrónica, el Administrador del Plan tendrá que seguir todas las normas publicadas por el Departamento de Trabajo y por El Servicio de Impuesto Internos.

3.8. Cláusula de Gastador y de No-Asignación

En la medida permitida por la ley, los beneficios o pagos bajo el Plan no estarán sujetos a la alienación, venta, asignación, compromiso, anexión, embargo, ejecución, gravamen u otra transferencia, ni serán sujetos a la reclamación por cualquier acreedor de cualquier Participante bajo el Plan, a menos que sea un médico o una instalación de tratamiento médico autorizado por el Participante o un proceso legal por un acreedor de cualquier Participante (excepto en el caso de muerte o de obligaciones debidas a la Compañía). Cualquier intento de eludir estas disposiciones se considerara anulado e inválido.

3.9. Divisibilidad de Provisiones

Si alguna provisión del Plan se considera inválida o inejecutable, dicha invalidez o inaplicabilidad no afectara a ninguna otra provisión de este documento, y el Plan se interpretara y aplicara como si no se hubiese incluido tales provisiones.

3.10. Efecto de Errores

En el caso de un error en cuanto la elegibilidad o participación de un empleado, o las asignaciones realizadas a la cuenta de cualquier Participante, o la cantidad de distribuciones hechas o que se vayan a hacer a un Participante o de otra persona, el Administrador del Plan, en una medida estimada posible, causara que dichas cantidades sean distribuidas, o retenidas, o aceleradas, o de otra manera hacer el ajuste de, dichas cantidades, como será echo en su pacto de opinión establecido con dichos Participantes u otra persona a la cual tiene derecho a los créditos de la cuenta o distribuciones bajo el Plan. Dicha acción tomada por el Administrador puede incluir la retención de la compensación pagada por la Compañía de cualquier cantidad debida al Plan o a la Compañía.

3.11. Conformidad con Mandatos Estatales y Federales

En respecto a todos los Programas Componentes, el Plan Cumplirá, en la medida aplicable, con los requisitos de todas las leyes aplicables, tales como USERRA, COBRA, FMLA, HIPAA, WHCRA, Ley de Tecnología de Información de Salud para el bienestar Clínico y Económico, La Ley de la Protección de la Salud del Recién Nacido y la Madre de 1996, en su versión modificada, la Ley de Paridad de Salud Mental, Ley de Paridad de Salud Mental y Equidad de Adicción, Ley Antidiscriminatoria de Información Genética del 2008 (“Gina”).

3.12. Programa Componente de Beneficios – Compañías Proveedoras

Tipo: Seguro Médico

Nombre del Proveedor: Providence Health Plan
Tipo o Nombre del Plan: HSA Plan
Financiamiento del Plan: Completamente-Asegurado, Grupo de Seguro Médico
Numero de Póliza: 100375
Administración: Compartida entre Rexus Forest By-Products, Inc. & Providence Health Plan
Numero Telefónico del Proveedor: (877) 245-4077
URL del Proveedor: www.ProvidenceHealthPlan.com

Tipo: Seguro Médico

Nombre del Proveedor: Providence Health Plan
Tipo o Nombre del Plan: PPO Plans
Financiamiento del Plan: Completamente-Asegurado, Grupo de Seguro Médico
Numero de Póliza: 100375
Administración: Compartida entre Rexus Forest By-Products, Inc. & Providence Health Plan
Numero Telefónico del Proveedor: (877) 245-4077
URL del Proveedor: www.providencehealthplan.com

Tipo: Seguro Dental

Nombre del Proveedor: Met Life Insurance
Financiamiento del Plan: Completamente-Asegurado, Grupo de Seguro Dental
Numero de Póliza: 5596137
Administración: Compartida entre Rexus Forest By-Products, Inc. & Met Life Insurance
Numero Telefónico del Proveedor: (800) 275-4638
URL del Proveedor: www.metlife.com/dental

Tipo: Visión

Nombre del Proveedor: Providence Health Plan
Financiamiento del Plan: Completamente-Asegurado, Grupo de Seguro de Vista
Numero de Póliza: 100375
Administración: Compartida entre Rexus Forest By-Products, Inc. & Providence Health Plan
Numero Telefónico del Proveedor: (877) 245-4077
URL del Proveedor: www.providencehealthplan.com

Tipo: Vida/AD&D

Nombre del Proveedor: Lincoln Financial
Numero de Póliza: 100227713
Administración: Compartida entre Rexus Forest By-Products, Inc. & Lincoln Financial
Numero Telefónico del Proveedor: (800) 423-2765
URL del Proveedor: www.LFG.com

Tipo: Suplementario

Tipo o Nombre del Plan: Voluntary Worksite Benefits

Nombre del Proveedor: AFLAC

Numero de Póliza: 0X7MB

Administración: Compartida entre Rexius Forest By-Products, Inc. & AFLAC

Numero Telefónico del Proveedor: (800) 992-3522

URL del Proveedor: www.aflac.com

Tipo: Discapacidad de Largo Plazo

Nombre del Proveedor: Lincoln Financial

Numero de Póliza: 100227715

Administración: Compartida entre Rexius Forest By-Products, Inc. & Lincoln Financial

Numero Telefónico del Proveedor: (800) 423-2765

URL del Proveedor: www.LFG.com

Tipo: Discapacidad de Corto Plazo

Nombre del Proveedor: Lincoln Financial

Numero de Póliza: 100227714

Administración: Compartida entre Rexius Forest By-Products, Inc. & Lincoln Financial

Numero Telefónico del Proveedor: (800) 423-2765

URL del Proveedor: www.LFG.com

Cuenta de Ahorros de Salud (HSA, para sus siglas en inglés)

Participantes del seguro médico podrán ser elegible de participar en una Cuenta de Ahorros de Salud (HSA) que les permitirá hacer contribuciones a una Cuenta de Ahorros de Salud los cuales fondos se podrán usar para los gastos médicos elegibles que no están cubiertos (por ejemplo, copagos y deducibles).

Para los empleados elegibles, la compañía contribuye hacia el HSA en la cantidad de \$160.00 del costo mensual del plan de beneficios para solamente el empleado, \$270.00 del costo mensual del plan de beneficios para el empleado y su cónyuge, \$365.00 del costo mensual del plan de beneficios para el empleado y su familia y \$220.00 del costo mensual del plan de beneficios para el empleado y niño(s) en un período mensual.

Los empleados tienen que cumplir con los requisitos que el IRS impone en las Cuentas de Ahorros de Salud y tienen que crear una cuenta antes de que se puedan hacer las contribuciones.

Cualquier participante que se inscribió tarde recibirá las contribuciones mensuales del empleador para la Cuenta de Ahorros de Salud de acuerdo con su inscripción mencionada anteriormente en el mes que se vuelven elegible y se inscriben en la cobertura.

Si es que algún empleado cambia su nivel de cobertura de solamente empleado a cobertura familiar o viceversa, las contribuciones del empleador de la Cuenta de Ahorros de Salud cambiarán en el mismo mes que cambio la elección del plan médico del empleado.

Tipo: Cuenta Flexible de Gastos (FSA)

Nombre del Proveedor: PacificSource Administrators

Numero de Póliza: FSA

Administración: Compartida entre Rexus Forest By-Products, Inc. & PacificSource Administrators

Numero Telefónico del Proveedor: (800) 422-7038

URL del Proveedor: <https://hrbenefitsdirect.com/PSA>

Tipo: Telemedicina

Nombre del Proveedor: Express Care Virtual through Providence Health Plan

Financiamiento del Plan: Completamente-Asegurado, Grupo de Seguro Médico

Numero de Póliza: 100375

Administración: Compartida entre Rexus Forest By-Products, Inc. & Express Care Virtual through Providence Health Plan

Numero Telefónico del Proveedor: (877) 245-4077

URL del Proveedor: www.providencehealthplan.com

El plan de beneficio de Telemedicina es parte del plan de salud de grupo.

SECCIÓN 4: DEFINICIONES

Las siguientes palabras y frases usadas en este documento tendrán el significado siguiente, a menos que requiera un significado diferente por el contexto. Pronombres Masculinos usados en este Plan deberán incluir los géneros masculinos y femeninos a menos que el contexto indique otra cosa, y las palabras en singular también incluyen el plural. Estas son las definiciones generales y la presencia de cualquier definición en esta sección no es, en sí misma, una indicación de la existencia de un beneficio.

“Plan tipo Cafetería” significa un Plan tipo “cafetería” bajo el Código Sección 125 patrocinado por la Compañía.

“Administrador de Reclamos” significa la entidad o el proveedor responsable de revisar y aprobar los reclamos de seguro.

“COBRA” significa la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria de 1985, en su versión modificada.

“Código” significa el Código de Impuesto Internos de 1986, en su versión modificada.

“Compañía” significa la entidad o entidades o cualquier sucesor por fusión, compra, o de otro tipo y de cualquier predecesor que a mantenido este Plan o cualquier corporación, propietario único, sociedad o asociación que asume las obligaciones de este Plan.

“Programa Componente de Beneficios” son los programas de beneficios especificados bajo las Compañías Proveedoras y contenidas en los documentos proporcionados anteriormente, incluidos con este documento o disponibles a través del Administrador del Plan.

“Programa Componente de Beneficios o Documentos del Plan” incluye certificados de seguro, contactos de seguro de grupo, documentos del Plan de ERISA (si es autofinanciado) y documentos del Plan de beneficios que rigen para los programas de beneficios no asegurados.

“Dependiente” significa Cónyuge de un empleado u otros dependientes que satisfacen los requisitos de elegibilidad de los Planes de seguro aplicable.

“Empleado” significa cualquier empleado actual o anterior del Empleador que cumple las disposiciones de elegibilidad como se especifica en los Planes de beneficios aplicables. La determinación que si un individuo es un empleado, un contratista independiente o cualquier otra clasificación de trabajador o un proveedor de servicios y la determinación si es que un individual se clasifica como miembro de cualquier clasificación particular de los empleados será hecha solamente en acuerdo con las clasificaciones usadas por la Compañía y no dependerán en, o cambiarán debido a, el tratamiento de un individual por cualquier propósito bajo el Código, ley común o cualquier otra ley, o cualquier determinación hecha por cualquier corte o agencia de gobierno.

“Empleador” significa la Compañía y cualquier otro empleador que está participando **bajo este Plan.**

“ERISA” significa Ley de Seguridad de los Ingresos de Jubilación de los Empleados de 1974, en su versión modificada.

“Formulario 5500” El Reporte del Formulario serie 5500 tiene bastantes funciones, una de ellas siendo una herramienta importante usada por el Departamento de Trabajo para verificar el cumplimiento, investigación y divulgación de información. Es usada por el Congreso y otras agencias federales como una fuente de información y datos, para poder asesorar información sobre los beneficios, impuestos y tendencia económicas de empleados. Para las compañías que tienen que cumplir con el reporte del formulario 5500 (generalmente son las compañías que tienen 100 o más participantes desde el principio del año y en cualquier plan grupal) este documento se considera como un plan “wrap”, y el reporte del formulario 5500 es realizado sobre el plan wrap y no para cada plan individual.

“FMLA” significa La Ley de Ausencia Familiar y Medica de 1993 en su versión modificada. FMLA solamente aplica a organizaciones cubiertas que tienen 50 o más empleados en un radio de 75 millas.

“GINA” significa Ley Antidiscriminatoria de Información Genética del 2008.

“HCERA” significa la Ley Reconciliación de Cuidado de Salud y Educación del 2010. (Health Care and Education Reconciliation Act of 2010).

“HIPAA” significa la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud de 1996, en su versión modificada.

“HITECH” significa Ley de Información Tecnológica de Salud para la Salud Clínica y Económica (Health Information Technology for Economic and Clinical Health Act).

“Horas de Servicio” significa (1) cada hora por la cual un empleado es pagado, o la cual tiene derecho al pago, por el desempeño de obligaciones hechas para el empleador, y (2) cada hora por la cual un empleado es pagado, o la cual tiene derecho a pago por el empleador por un periodo de tiempo durante el cual no se realizan las obligaciones debido a las vacaciones, feriado, enfermedad, incapacidad (incluyendo a la discapacidad), despedido/a por falta de trabajo, obligación de jurado civil, obligación militar, o una ausencia. Las horas de servicio de todos los empleados se acreditan usando las horas actuales de servicio de los registros de horas trabajadas y las horas por las cuales se realiza el pago o por lo que es debido.

“Asegurador” significa cualquier compañía de seguros, organización de mantenimiento de salud, organización de proveedor preferido o cualquier organización similar a la cual la Compañía ha contratado por un beneficio asegurado o contractualmente establecido.

“MHPA” significa la Ley de Paridad de Salud Mental de 1996.

“MHPAEA” significa la Ley de Paridad de Salud Mental y Equidad de Adicción de Paul Wellstone y Pete Domenici.

“Empleado Nuevo / Recién Contratado” significa un empleado que ha sido empleado por menos de un periodo de medida regular.

“Fiduciario Nombrado” significa el individual o entidad o entidades responsables de administrar Planes de beneficios o de la compañía de seguros que proporciona beneficios.

“NMHPA” significa La Ley de la Protección de la Salud del Recién Nacido y la Madre de 1996, en su versión modificada.

“Empleado Regular” significa un empleado que a sido empleado por lo menos de un periodo regular y completo de medida

“Participante” significa un empleado elegible inscrito y/o Dependientes elegibles.

“Plan” significa un Plan de beneficios para empleados, que incluye todos los beneficios descritos en este documento.

“Administrador del Plan” significa la persona, el comité, o la entidad especificada en este documento para ser el administrador, tal como se define en la Sección 3 de ERISA (16) (A).

“Año del Plan” significa un periodo de doce (12) meses, especificados en este documento. El Año del Plan también es el periodo de contabilidad del Plan.

“Información Medica Protegida” (“PHI”) es información de salud individualmente identificable que se mantiene o transmite por una entidad cubierta, sujeta a las exclusiones especificadas según lo provisto 45 CFR § 150.103.

“PPACA” significa la Ley de Protección al Paciente y de Cuidado de Salud a Bajo Precio.

“Cónyuge” significa un individual que está legalmente casado a un Participante como es determinado bajo la sección 2013-17 de la Resolución de Ingresos o como es definido por los documentos del Plan componente.

“Periodo de Estabilidad” significa un periodo de tiempo que tiene que durar o por lo menos seis meses o la misma duración del periodo de medida correspondiente. Durante el periodo de estabilidad, la compañía tiene que ofrecer beneficios a las personas que fueron identificadas como empleados de tiempo completo durante el periodo de medida, independientemente de las horas que los empleados trabajen durante el periodo de estabilidad.

“USERRA” significa un periodo de tiempo que tiene que durar o por lo menos seis meses o la misma duración del periodo de medida correspondiente. Durante el periodo de estabilidad, la compañía tiene que ofrecer beneficios a las personas que fueron identificadas como empleados de tiempo completo durante el periodo de medida, independientemente de las horas que los empleados trabajen durante el periodo de estabilidad.

“Empleado de Horas Variables” significa un nuevo empleado si basado en los hechos y circunstancias en la fecha contratación, el empleador no puede determinar si hay una expectativa de que el empleado razonablemente trabaje por lo menos de 30 horas a la semana durante el periodo de medida inicial por que las horas del empleado son variables o de o inciertas. Con el propósito de determinar si el empleado es un empleado de horas variables, la probabilidad de que el empleado renuncie su empleo antes del fin del periodo de medida inicial no será considerada.

“WHCRA” significa Ley de Derechos Sobre la Salud y El Cáncer de la Mujer de 1998, en su forma modificada.

SECCIÓN 5. APÉNDICE

5.1. LEY FAMILIAS PRIMERO DE RESPUESTA AL CORONAVIRUS (FFCRA) Y LEY AYUDA DE CORONAVIRUS, ALIVIO Y SEGURIDAD ECONOMICA (CARES)

Licencia Laboral Por Enfermedad y Expansión de la Licencia Familiar

De acuerdo con las provisiones de la Ley Familias Primero de Respuesta al Coronavirus (FFCRA), empleados calificados pueden recibir una licencia pagada por enfermedad o por expansión de la licencia familiar, como es explicado en este aviso: https://www.dol.gov/sites/dolgov/files/WHD/Pandemic/FFCRA-Employee_Paid_Leave_Rights_SPANISH.pdf y dichos empleados tendrán el derecho de continuar la participación debajo del seguro medico. Si es que cualquiera de estas provisiones son aplicables a cualquier empleado, los empleados tendrán que contactar al Administrador del Plan para obtener permiso a la licencia, y para poder obtener más detalles.

Provisiones de las leyes FFCRA y CARES

Las siguientes provisiones fueron añadidas por los cambios relacionados a las leyes FFCRA y CARES. Los beneficios de estas leyes son sujetos a las tablas de tiempo impuestas por dichas leyes (por ejemplo, FFCRA 1° de abril 2020 hasta 31° de diciembre 2020).

Cuentas de Ahorros de Salud para Servicios de Telemedicina

Lo participantes que eligen un Plan de Salud con Deductible Alto (HDHP) que tienen una Cuenta de Ahorros de Salud (HSA) serán permitidos de cubrir servicios de telemedicina antes de que lleguen a su deductible. De esta manera los pacientes que puedan tener el Coronavirus podrán tener acceso a cuidado medico sin exponer a los demás.

Productos Médicos de Venta Libre Sin Prescripción

Los participantes de Cuentas de Ahorros de Salud (HSA) o de Cuentas de Gastos Flexibles (FSA) están permitidos de usar fondos, sin prescripción de un medico, para comprar productos médicos de venta libre los cuales ahora incluyen los productos para el cuidado menstrual, y los productos necesarios para la cuarentena y aislamiento social.

Cobertura Para las Pruebas de Diagnóstico de COVID-19

Los participantes que reciban pruebas para COVID-19 estarán cubiertos por planes de seguro privado sin tener que compartir costos, incluyendo las pruebas que no tiene una autorización de uso de emergencia por la U.S. Food and Drug Administration (FDA).

Precio de Las Pruebas de Diagnóstico

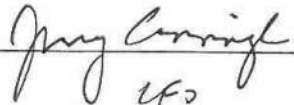
Para las pruebas de COVID-19 sin costo a pacientes, se requiere que el seguro pague la tasa especificada debajo del contrato impuesto entre el proveedor y el seguro. Si no hay contrato sería el costo en efectivo decidido por el proveedor.

Cobertura de los Servicios Preventivos y Vacunas para el Coronavirus

Participantes van a recibir cobertura sin costos compartidos, para una vacuna de COVID-19 dentro de 15 días si es que dicha vacuna recibe una calificación de “A” o “B” del United States Preventive Services Task Force o si es que recibe la misma calificación del Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP).

**Rexius Forest By-Products, Inc. Group Benefit Plan
Plan Document and Summary Plan Description Wrap document
Signature Page**

IN WITNESS WHEREOF, the Employer, has caused its plan administrator, duly authorized by the Employer, to execute the plan, effective on this 1st day of August, 2020

By: 
Title: CEO

**COSTO DE COBERTURA DE SEGURO PARA EL EMPLEADO MENSUALMENTE
(Puestos de tiempo completo de al menos 30 horas / semana: elegibles el primer día del mes después de 60 días desde la fecha de contratación, que incluye un período de orientación de 30 días)**

PLAN DE SALUD DE PROVIDENCE (PLAN "BASE")

8/01/20

Empleado - Tarifa \$582.01- La Empresa paga \$432.01; costo al empleado por hora \$150.00

Cobertura Familiar - Tarifa \$1660.23 - La Empresa paga \$432.01; costo a empleado \$1228.22

Empleado e Hijos - Tarifa \$1035.96 - La Empresa paga \$432.01; costo a empleado \$603.95

Empleado y Esposo - Tarifa \$1253.33 - La Empresa paga \$432.01; costo a empleado \$821.32.

Met Life (Dental)

8/01/20

Empleado - Tarifa - \$42.98 El empleado paga todo

Empleado y Esposo - \$84.24 El empleado paga todo

Cobertura Familiar - \$132.20 El empleado paga todo

Empleado e Hijos - \$90.82 El empleado paga todo

Lincoln National Life Insurance Co. - VIDA - \$20,000 E INCAPACIDAD A CORTO PLAZO

El empleador cubre el costo

NOTA: Una versión electrónica de la Descripción resumida del plan del plan de beneficios para empleados de Rexius ("SPD") está disponible para todos los empleados y la Compañía proporcionará una copia impresa a pedido.

Resumen de sus beneficios

Plan de opción Advantage Premium (B)



Copago	Lo que paga Ud. dentro de la red	Lo que paga Ud. fuera de la red	Máximo de gasto de bolsillo por año calendario dentro de la red	Máximo de gasto de bolsillo por año calendario fuera de la red	Deducible por año calendario dentro de la red	Deducible por año calendario fuera de la red
\$25	20% (coseguro después del deducible)	40% (coseguro después del deducible; se aplica el 'UCR')	\$3,500 por persona \$7,000 por familia (2 ó más)	\$7,000 por persona \$14,000 por familia (2 ó más)	\$1,500 por persona \$3,000 por familia (2 ó más)	\$3,000 por persona \$6,000 por familia (2 ó más)

Información importante acerca de su plan

El presente resumen ofrece únicamente lo más destacado de sus beneficios (prestaciones). Para ver en detalle su plan, inscribese y entre en línea en: www.myProvidence.com.

- El deducible individual se aplica si no hay dependientes inscritos. Si hubiese dos miembros o más inscritos, el deducible individual se aplica para cada miembro sólo hasta que se haya cumplido con el deducible familiar.
- El máximo individual de gastos de bolsillo se aplica si no hay dependientes inscritos. Si hubiese dos miembros o más inscritos, el gasto de bolsillo individual se aplica para cada miembro sólo hasta cumplir con el gasto de bolsillo familiar.
- Su(s) deducible(s) va(n) incluido(s) en la(s) cantidad(es) del máximo de gasto de bolsillo que aparece aquí arriba.
- Los servicios tanto dentro como fuera de la red se acumulan por separado.
- Ciertos servicios y multas no aplican a los máximos de gastos de bolsillo.
- Para ciertos servicios se requiere tener previa autorización (en inglés 'Prior Authorization' o bien, 'PA').
- Para aprovechar del todo sus beneficios, acuda a proveedores dentro de la red *Providence Signature Network*. Véase la lista de proveedores y farmacias de la red en www.phppd.providence.org.
- Si opta por servicios fuera de la red, quizá quede sujeto a facturación de cargos por arriba del tipo usual, acostumbrado y razonable ('UCR' por sus siglas en inglés). Los beneficios por servicios fuera de la red son en base a estos cargos UCR.
- Aplican limitaciones y exclusiones a sus beneficios. Para mayores detalles consulte su Manual de miembro.

Relieve de beneficios del plan de opción Advantage

Luego de pagar su deducible común de año calendario, entonces paga Ud. lo siguiente por servicios cubiertos:

	Copago o coseguro dentro de la red [▲] (con proveedor participe)	Copago o coseguro fuera de la red [▲] (con proveedor no participe)
<p>✓ = No se requiere cumplir previamente con ningún deducible para recibir este beneficio. ▲ = Después del deducible</p> <p>Visita = consulta.</p>		
<p>Consultas médicas en línea (es decir, proveedores 'On-Demand'):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consulta virtual por Tel. y video (<i>Express Care Virtual</i>) con un proveedor de atención médica primaria o a través de sitios Internet directos. • Clínica de salud con venta al menudeo <i>Providence Express Care</i>. • Consulta virtual por teléfono y video con un especialista. 	<p>Se cubre todo ✓</p> <p>Se cubre todo ✓</p> <p>\$10 / visita ✓</p>	<p>No se cubre</p> <p>No aplica</p> <p>No se cubre</p>
<p>Servicios preventivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Exámenes periódicos de la salud; atención 'Well-baby' bebé sano. • Vacunas de rutina; inyecciones. • Colonoscopia (para edades de 50 años o mayor). • Exámenes ginecológicos (por año calendario) y pruebas de Papanicolaou. • Mamografías. • Consejería nutricional. • Para dejar el tabaco: clases, consejería, medicinas disuasivas. 	<p>Se cubre todo ✓</p> <p>Se cubre todo ✓</p> <p>Se cubre todo ✓</p> <p>Se cubre todo ✓</p> <p>Se cubre todo ✓</p> <p>Se cubre todo ✓</p> <p>Se cubre todo ✓</p>	<p>40% ✓</p> <p>40%</p> <p>40% ✓</p> <p>40% ✓</p> <p>40%</p> <p>40% ✓</p> <p>No se cubre</p>

Base
4.1.1

Relieve de beneficios del plan de opción Advantage (cont.)

	Copago o coseguro dentro de la red ▲	Copago o coseguro fuera de la red ▲
Servicios del médico / proveedor:		
• Consultas con el médico de atención primaria.	\$25/ visita ✓	40% ✓
• Consultas con proveedores de medicina alternativa (la manipulación quiropráctica y acupuntura; sólo se cubren si compra aparte otro beneficio del empleador.* Véase material de miembro sobre tales beneficios).	\$25 / visita ✓	40% ✓
• Consultas con el especialista u otro proveedor.	\$25 / visita ✓	40% ✓
• Vacunas de alergias; sueros.	20% ✓	40%
• Infusiones, medicamentos inyectables.	20%	40%
• Cirugía; anestesia en el consultorio o centro médico.	20%	40%
• Consultas de paciente interno. * Véase el Manual del miembro.	20%	40%
Servicios de diagnóstico:		
• Servicios de rayos-X, y de laboratorio	20% ✓	40%
• Servicios de imágenes de alta tecnología (como PET, CT, MRI).	20% ✓	40%
Servicios de emergencia y urgentes:		
• Servicios de emergencia (sólo para condiciones médicas de emergencia; si ingresa al hospital, todo servicio quedará sujeto a beneficios de paciente interno).	\$250 ✓	\$250 ✓
• Servicios urgentes (enfermedades que no ponen en peligro la vida, lesiones menores).	\$25 / visita ✓	40% ✓
• Transporte médico de emergencia (por aire y/o por tierra; se cubre bajo el beneficio dentro de la red, no importa si el proveedor es o no de la red).	20%	20%
Servicios de hospital:		
• Atención de paciente interno / observación.	20%	40%
• Atención de rehabilitación (limitado a 30 días por año calendario; límites no aplican para atención de salud mental).	20%	40%
• Atención habilitativa (limitado a 30 días por año calendario; límites no aplican para atención de salud mental).	20%	40%
• Centro de enfermería especializada (60 días por año calendario).	20%	40%
• Servicio de articulación temporomandibular (en inglés 'TMJ'; limitado a \$1,000 por año calendario / \$5,000 de por vida).	40%	No se cubre
Servicios de paciente ambulatorio:		
• Cirugía, infusión, diálisis, quimioterapia; radioterapia (se requiere previa autorización para infusiones de paciente ambulatorio en centro hospitalario).	20%	40%
• Cirugía ambulatoria en centro quirúrgico ambulatorio.	10%	40%
• Colonoscopia (no preventiva) en centro quirúrgico hospitalario.	20%	No se cubre
• Colonoscopia (no preventiva) en centro quirúrgico ambulatorio.	10%	40%
• Servicio de articulación temporomandibular (en inglés 'TMJ') (limitado a \$1,000 por año calendario / \$5,000 de por vida).	40%	40%
• Terapia física rehabilitativa, ocupacional rehabilitativa y del habla (limitada a 30 visitas combinada con terapia ocupacional [OT] y terapia del habla [ST] por año calendario). *	20% ✓	40%
• Servicios rehabilitativos, paciente ambulatorio: terapia física, ocupacional o del habla (30 visitas por año calendario). *	20% ✓	40%
• Rehabilitación cardíaca (post quirúrgica) (Dentro de la red, primeras 16 visitas cubiertas en su totalidad, no se aplica deducible, luego deducible y coseguro)	20%	40%
* Los límites no aplican a servicios de salud mental.		
Servicios de maternidad:		
• Consultas de atención prenatal.	Se cubre todo ✓	40%
• Servicios de parto y posnatales.	\$250 por parto ✓	40%
• Servicios de hospital / centro médico de paciente interno.	20%	40%
• Atención de rutina al bebé en la sala de recién nacidos.	20% ✓	40%
Equipo médico, provisiones y dispositivos:		
• Equipo médico, aparatos y provisiones (límite 1 audífono por oído cada 3 años calendario)	20%	40%
• Provisiones para diabetes (lancetas, tiritas de prueba y agujas).	20% ✓	40%
• Dispositivos ortóticos y prostéticos (límite de \$250 por año calendario por plantillas ortopédicas a la medida y extraíbles; se dispensa el deducible).	20% ✓	40% ✓
• Aparato de apnea del sueño oral (fuera de la red limitado a \$ 2,000 por año calendario)	20%	40%

Relieve de beneficios del plan de opción Advantage (cont.)

	Copago o coseguro dentro de la red ^	Copago o coseguro fuera de la red ^
<p>Salud mental y abuso de sustancias químicas ilícitas (drogodependencia): (Para dar inicio a los servicios, hay que llamar al 800-711-4577. Todo servicio, salvo las consultas al proveedor como paciente ambulatorio, deben tener previa autorización.)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de tratamiento de paciente interno y residencial. • Servicios de tratamiento de día, intensivos para paciente ambulatorio u hospitalización parcial. • Análisis aplicado del comportamiento. • Visitas al proveedor como paciente ambulatorio. 	<p>20%</p> <p>20%</p> <p>20%</p> <p>\$25 ✓</p>	<p>40%</p> <p>40%</p> <p>40%</p> <p>40% ✓</p>
<p>Atención en el hogar y hospicio:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cuidados de la salud en el hogar. • Cuidados paliativos (servicios de hospicio). 	<p>20%</p> <p>Se cubre todo ✓</p>	<p>40%</p> <p>Se cubre todo ✓</p>
<p>Servicios de rutina para la visita Facilitados por VSP De la red VSP Choice (Servicio de atención al cliente: 800-877-7195) Sus copagos no se aplican a los desembolsos médicos máximos de su plan</p> <ul style="list-style-type: none"> • Examen de rutina de los ojos (limitado a 1 examen por año calendario). • Examen de rutina de los ojos (limitado a 1 examen por 1 año calendario) 	<p>Se cubre todo ✓</p> <p>\$10 ✓</p>	<p>Se cubre hasta \$45✓</p> <p>Se cubre hasta \$45✓</p>

Base

Resumen de sus beneficios

Plan de opción Advantage Premium (B)



Copago	Lo que paga Ud. dentro de la red	Lo que paga Ud. fuera de la red	Máximo de gasto de bolsillo por año calendario dentro de la red	Máximo de gasto de bolsillo por año calendario fuera de la red	Deducible por año calendario dentro de la red	Deducible por año calendario fuera de la red
\$15	20% (coseguro después del deducible)	40% (coseguro después del deducible; se aplica el 'UCR')	\$3,500 por persona \$7,000 por familia (2 ó más)	\$7,000 por persona \$14,000 por familia (2 ó más)	\$1,500 por persona \$3,000 por familia (2 ó más)	\$3,000 por persona \$6,000 por familia (2 ó más)

Información importante acerca de su plan

El presente resumen ofrece únicamente lo más destacado de sus beneficios (prestaciones). Para ver en detalle su plan, inscribese y entre en línea en: www.myProvidence.com.

- El deducible individual se aplica si no hay dependientes inscritos. Si hubiese dos miembros o más inscritos, el deducible individual se aplica para cada miembro sólo hasta que se haya cumplido con el deducible familiar.
- El máximo individual de gastos de bolsillo se aplica si no hay dependientes inscritos. Si hubiese dos miembros o más inscritos, el gasto de bolsillo individual se aplica para cada miembro sólo hasta cumplir con el gasto de bolsillo familiar.
- Su(s) deducible(s) va(n) incluido(s) en la(s) cantidad(es) del máximo de gasto de bolsillo que aparece aquí arriba.
- Los servicios tanto dentro como fuera de la red se acumulan por separado.
- Ciertos servicios y multas no aplican a los máximos de gastos de bolsillo.
- Para ciertos servicios se requiere tener previa autorización (en inglés 'Prior Authorization' o bien, 'PA').
- Para aprovechar del todo sus beneficios, acuda a proveedores dentro de la red *Providence Signature Network*. Véase la lista de proveedores y farmacias de la red en www.phppd.providence.org.
- Si opta por servicios fuera de la red, quizá quede sujeto a facturación de cargos por arriba del tipo usual, acostumbrado y razonable ('UCR' por sus siglas en inglés). Los beneficios por servicios fuera de la red son en base a estos cargos UCR.
- Aplican limitaciones y exclusiones a sus beneficios. Para mayores detalles consulte su Manual de miembro.

Relieve de beneficios del plan de opción Advantage

Luego de pagar su deducible común de año calendario, entonces paga Ud. lo siguiente por servicios cubiertos:

	Copago o coseguro dentro de la red [▲] (con proveedor participe)	Copago o coseguro fuera de la red [▲] (con proveedor no participe)
<p>✓ = No se requiere cumplir previamente con ningún deducible para recibir este beneficio. ▲ = Después del deducible</p> <p>Visita = consulta.</p>		
<p>Consultas médicas en línea (es decir, proveedores 'On-Demand'):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consulta virtual por Tel. y video (<i>Express Care Virtual</i>) con un proveedor de atención médica primaria o a través de sitios Internet directos. • Clínica de salud con venta al menudeo <i>Providence Express Care</i>. • Consulta virtual por teléfono y video con un especialista. 	<p>Se cubre todo ✓</p> <p>Se cubre todo ✓</p> <p>\$5 / visita ✓</p>	<p>No se cubre</p> <p>No aplica</p> <p>No se cubre</p>
<p>Servicios preventivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Exámenes periódicos de la salud; atención 'Well-baby' bebé sano. • Vacunas de rutina; inyecciones. • Colonoscopia (para edades de 50 años o mayor). • Exámenes ginecológicos (por año calendario) y pruebas de Papanicolaou. • Mamografías. • Consejería nutricional. • Para dejar el tabaco: clases, consejería, medicinas disuasivas. 	<p>Se cubre todo ✓</p> <p>Se cubre todo ✓</p> <p>Se cubre todo ✓</p> <p>Se cubre todo ✓</p> <p>Se cubre todo ✓</p> <p>Se cubre todo ✓</p> <p>Se cubre todo ✓</p>	<p>40% ✓</p> <p>40%</p> <p>40% ✓</p> <p>40% ✓</p> <p>40%</p> <p>40% ✓</p> <p>No se cubre</p>

Buy-up
1.1.4

Relieve de beneficios del plan de opción Advantage (cont.)	Copago o coseguro dentro de la red ▲	Copago o coseguro fuera de la red ▲
Servicios del médico / proveedor:		
• Consultas con el médico de atención primaria.	\$15/ visita ✓	40% ✓
• Consultas con proveedores de medicina alternativa (la manipulación quiropráctica y acupuntura: sólo se cubren si compra aparte otro beneficio del empleador.* Véase material de miembro sobre tales beneficios).	\$15 / visita ✓	40% ✓
• Consultas con el especialista u otro proveedor.	\$15 / visita ✓	40% ✓
• Vacunas de alergias; sueros.	20% ✓	40%
• Infusiones, medicamentos inyectables.	20%	40%
• Cirugía; anestesia en el consultorio o centro médico.	20%	40%
• Consultas de paciente interno. * Véase el Manual del miembro.	20%	40%
Servicios de diagnóstico:		
• Servicios de rayos-X, y de laboratorio	20% ✓	40%
• Servicios de imágenes de alta tecnología (como PET, CT, MRI).	20% ✓	40%
Servicios de emergencia y urgentes:		
• Servicios de emergencia (sólo para condiciones médicas de emergencia; si ingresa al hospital, todo servicio quedará sujeto a beneficios de paciente interno).	\$250 ✓	\$250 ✓
• Servicios urgentes (enfermedades que no ponen en peligro la vida, lesiones menores).	\$15 / visita ✓	40% ✓
• Transporte médico de emergencia (por aire y/o por tierra; se cubre bajo el beneficio dentro de la red, no importa si el proveedor es o no de la red).	20%	20%
Servicios de hospital:		
• Atención de paciente interno / observación.	20%	40%
• Atención de rehabilitación (limitado a 30 días por año calendario; límites no aplican para atención de salud mental).	20%	40%
• Atención habilitativa (limitado a 30 días por año calendario; límites no aplican para atención de salud mental).	20%	40%
• Centro de enfermería especializada (60 días por año calendario).	20%	40%
• Servicio de articulación temporomandibular (en inglés 'TMJ'; limitado a \$1,000 por año calendario / \$5,000 de por vida).	40%	No se cubre
Servicios de paciente ambulatorio:		
• Cirugía, infusión, diálisis, quimioterapia; radioterapia (se requiere previa autorización para infusiones de paciente ambulatorio en centro hospitalario).	20%	40%
• Cirugía ambulatoria en centro quirúrgico ambulatorio.	10%	40%
• Colonoscopia (no preventiva) en centro quirúrgico hospitalario.	20%	No se cubre
• Colonoscopia (no preventiva) en centro quirúrgico ambulatorio.	10%	40%
• Servicio de articulación temporomandibular (en inglés 'TMJ') (limitado a \$1,000 por año calendario / \$5,000 de por vida).	40%	40%
• Terapia física rehabilitativa, ocupacional rehabilitativa y del habla (limitada a 30 visitas combinada con terapia ocupacional [OT] y terapia del habla [ST] por año calendario). *	20% ✓	40%
• Servicios rehabilitativos, paciente ambulatorio: terapia física, ocupacional o del habla (30 visitas por año calendario). *	20% ✓	40%
• Rehabilitación cardíaca (post quirúrgica) (Dentro de la red, primeras 16 visitas cubiertas en su totalidad, no se aplica deducible, luego deducible y coseguro)	20%	40%
* Los límites no aplican a servicios de salud mental.		
Servicios de maternidad:		
• Consultas de atención prenatal.	Se cubre todo ✓	40%
• Servicios de parto y posnatales.	\$150 por parto ✓	40%
• Servicios de hospital / centro médico de paciente interno.	20%	40%
• Atención de rutina al bebé en la sala de recién nacidos.	20% ✓	40%
Equipo médico, provisiones y dispositivos:		
• Equipo médico, aparatos y provisiones (límite 1 audífono por oído cada 3 años calendario)	20%	40%
• Provisiones para diabetes (lancetas, tiritas de prueba y agujas).	20% ✓	40%
• Dispositivos ortóticos y prostéticos (límite de \$250 por año calendario por plantillas ortopédicas a la medida y extraíbles; se dispensa el deducible).	20% ✓	40% ✓
• Aparato de apnea del sueño oral (fuera de la red limitado a \$ 2,000 por año calendario)	20%	40%

Buy-Up
9.1.5

Relieve de beneficios del plan de opción Advantage (cont.)	Copago o coseguro dentro de la red ▲	Copago o coseguro fuera de la red ▲
<p>Salud mental y abuso de sustancias químicas ilícitas (drogodependencia): (Para dar inicio a los servicios, hay que llamar al 800-711-4577. Todo servicio, salvo las consultas al proveedor como paciente ambulatorio, deben tener previa autorización.)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de tratamiento de paciente interno y residencial. • Servicios de tratamiento de día, intensivos para paciente ambulatorio u hospitalización parcial. • Análisis aplicado del comportamiento. • Visitas al proveedor como paciente ambulatorio. 	<p>20% 20% 20% \$15 ✓</p>	<p>40% 40% 40% 40% ✓</p>
<p>Atención en el hogar y hospicio:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cuidados de la salud en el hogar. • Cuidados paliativos (servicios de hospicio). 	<p>20% Se cubre todo ✓</p>	<p>40% Se cubre todo ✓</p>
<p>Servicios de rutina para la visita Facilitados por VSP De la red VSP Choice (Servicio de atención al cliente: 800-877-7195) Sus copagos no se aplican a los desembolsos médicos máximos de su plan</p> <ul style="list-style-type: none"> • Examen de rutina de los ojos (limitado a 1 examen por año calendario). • Examen de rutina de los ojos (limitado a 1 examen por 1 año calendario) 	<p>Se cubre todo ✓ \$10 ✓</p>	<p>Se cubre hasta \$45 ✓ Se cubre hasta \$45 ✓</p>

Buy up
4.1.6

Resumen de sus beneficios

Plan con calificación HSA - Embedded



Lo que paga Ud. dentro de la red	Lo que paga Ud. fuera de la red	Máx. común de gasto de bolsillo, año calendario	Deducible común, año calendario
20% coseguro (después del deducible)	40% coseguro (después del deducible; aplica 'UCR')	\$5,500 por persona \$11,000 por familia (2 ó más)	\$1,500 por persona \$3,000 por familia (2 ó más)

Información importante acerca de su plan

El presente resumen ofrece únicamente lo más destacado de sus beneficios (prestaciones). Para ver en detalle su plan, inscríbese y entre en línea en: www.myProvidence.com.

- El deducible individual se aplica si no hay dependientes inscritos. Si hubiese dos miembros o más inscritos, el deducible individual se aplica para cada miembro sólo hasta que se haya cumplido con el deducible familiar.
- El máximo individual de gastos de bolsillo se aplica si no hay dependientes inscritos. Si hubiese dos miembros o más inscritos, el gasto de bolsillo individual se aplica para cada miembro sólo hasta cumplir con el gasto de bolsillo familiar.
- Su(s) deducible(s) va(n) incluido(s) en la(s) cantidad(es) del máximo de gasto de bolsillo que aparece aquí arriba.
- Los servicios tanto dentro como fuera de la red se acumulan para su máximo común de gastos de bolsillo.
- Para ver si su plan cubre determinado medicamento, véase: www.ProvidenceHealthPlan.com/pharmacy.
- No es acreditable Parte D de Medicare
- Si su beneficio 'de marca' incluye un copago o coseguro y usted o el proveedor piden o recetan una medicina de marca habiendo una genérica, cual fuere la razón, usted se responsabiliza de pagar la diferencia entre el medicamento de marca y el genérico, más el copago o coseguro del de marca según se indica en este resumen de beneficios. No obstante, el porte total nunca excederá el costo verdadero del medicamento.
- Para ciertos servicios se requiere tener previa autorización (en inglés 'Prior Authorization' o bien, 'PA').
- Para aprovechar del todo sus beneficios, acuda a proveedores dentro de la red *Providence Signature Network*. Véase la lista de proveedores y farmacias de la red en <http://phppd.providence.org>.
- Si opta por servicios fuera de la red, quizá quede sujeto a facturación de cargos por arriba del tipo usual, acostumbrado y razonable ('UCR' por sus siglas en inglés). Los beneficios por servicios fuera de la red son en base a estos cargos UCR.
- Aplican limitaciones y exclusiones a sus beneficios. Para mayores detalles consulte su Manual de miembro.

Relieve de beneficios del plan con HSA[^]

Luego de pagar su deducible común de año calendario, entonces paga Ud. lo siguiente por servicios cubiertos:

	Copago o coseguro dentro del plan (con proveedor participe)	Copago o coseguro fuera del plan (con proveedor no participe)
<p>✓ = No se requiere cumplir previamente con ningún deducible para recibir este beneficio.</p> <p>^ . - 'HSA' inglés: 'Health Savings Account', cuenta de ahorros para la salud.</p>		
Consultas médicas en línea (es decir, proveedores 'On-Demand'):		
• Consulta virtual por Tel. y video (<i>Express Care Virtual</i>) con un proveedor de atención médica primaria o a través de sitios Internet directos.	Se cubre todo	No se cubre
• Clínica de salud con venta al menudeo <i>Providence Express Care</i> .	Se cubre todo	No aplica
• Consulta virtual por teléfono y video con un especialista.	5%	No se cubre
Cuidados preventivos:		
• Exámenes periódicos de la salud; atención 'Well-baby' (bebé sano).	Se cubre todo ✓	40%
• Vacunas de rutina; inyecciones.	Se cubre todo ✓	40%
• Colonoscopia, (para edades de 50 años o mayor).	Se cubre todo ✓	40%
• Exámenes ginecológicos (año calendario) y pruebas de Papanicolaou.	Se cubre todo ✓	40%
• Mamografías.	Se cubre todo ✓	40%
• Consejería nutricional.	Se cubre todo ✓	40%
• Para dejar el tabaco: clases, consejería, medicinas disuasivas.	Se cubre todo ✓	No se cubre

HSA
-1.1.7

Relieve de beneficios del plan con HSA (continúa)	Copago o coseguro dentro del plan	Copago o coseguro fuera del plan
Servicios del médico / proveedor:		
• Consultas con el médico de atención primaria.	20%	40%
• Consultas con proveedores de medicina alternativa (manipulación quiropráctica y acupuntura: sólo se cubren si compra aparte otro beneficio del empleador.*	20%	40%
• Consultas con el especialista u otro proveedor.	20%	40%
• Vacunas de alergias; sueros.	20%	40%
• Infusiones, medicamentos inyectables.	20%	40%
• Cirugía; anestesia en el consultorio o centro médico.	20%	40%
• Consultas de paciente interno. * Véase el Manual del miembro.	20%	40%
Medicamentos de receta: (provisión de hasta 30 días en farmacias de venta al menudeo y menudeo de preferencia; de hasta 90 días en farmacias de pedido por correo postal y de menudeo de preferencia)		
Las medicinas con protección legal clase 'Safe Harbor' * están exentas del deducible y sujetas al Formulario y al nivel aplicable de costo compartido.		
• Medicinas preventivas 'ACA'.	Se cubre todo ✓	No se cubre
• Medicinas genéricas, preferidas.	20%	No se cubre
• Medicinas genéricas, no preferidas.	20%	No se cubre
• Medicinas de marca, preferidas.	20%	No se cubre
• Medicinas de marca, no preferidas.	20%	No se cubre
• Medicinas de especialidad. **	50% hasta \$200	No se cubre
• Medicinas de compuestos. **	50%	No se cubre
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> <p>*. Safe Harbor = área protegida. ***. Los medicamentos compuestos y de especialidad se limitan a una provisión de 30 días y se deben obtener en farmacias de venta menudeo o de especialidad.</p> </div>		
Servicios de diagnóstico:		
• Servicios de rayos-X, y de laboratorio.	20%	40%
• Servicios de imágenes de alta tecnología (como PET, CT, MRI).	20%	40%
Servicios de emergencia / atención urgente:		
• Servicios de emergencia (sólo para condiciones médicas de emergencia; si ingresa al hospital, todo servicio quedará sujeto a beneficios de paciente interno).	20%	20%
• Servicios urgentes (enfermedades que no ponen en peligro la vida, lesiones menores).	20%	40%
• Transporte médico de emergencia (por aire y/o por tierra; el transporte médico de emergencia se cubre bajo el beneficio dentro de la red, no importa si el proveedor sea o no de la red).	20%	20%
Servicios de hospital:		
• Atención de paciente interno / observación.	20%	40%
• Atención de rehabilitación (limitado a 30 días por año calendario; límites no aplican para atención de salud mental).	20%	40%
• Atención habilitativa (limitado a 30 días por año calendario; límites no aplican para atención de salud mental).	20%	40%
• Centro de enfermería especializada (60 días por año calendario).	20%	40%
• Servicio de articulación temporomandibular (en inglés 'TMJ'; limitado a \$1,000 por año calendario / \$5,000 de por vida).	50%	No se cubre

HSA

4.1.8

Relieve de beneficios del plan con HSA (continúa)

	Copago o coseguro dentro del plan	Copago o coseguro fuera del plan
Servicios de paciente ambulatorio:		
• Cirugía, infusión, diálisis, quimioterapia; radioterapia (se requiere previa autorización para infusiones de paciente ambulatorio en centro hospitalario).	20%	40%
• Cirugía ambulatoria en centro quirúrgico ambulatorio.	10%	40%
• Colonoscopia (no preventiva) en centro quirúrgico hospitalario.	20%	No se cubre
• Colonoscopia (no preventiva) en centro quirúrgico ambulatorio.	10%	40%
• Servicio de articulación temporomandibular (en inglés 'TMJ') (limitado a \$1,000 por año calendario / \$5,000 de por vida).	50%	40%
• Terapia física rehabilitativa, ocupacional rehabilitativa y del habla (limitada a 30 visitas combinada con terapia ocupacional [OT] y terapia del habla [ST] por año calendario). *	20%	40%
• Servicios rehabilitativos, paciente ambulatorio: terapia física, ocupacional o del habla (30 visitas por año calendario). *	20%	40%
• Rehabilitación cardíaca (post quirúrgica)	20%	40%
* . Los límites no aplican a servicios de salud mental.		
Servicios de maternidad:		
• Consultas prenatales.	Se cubre todo ✓	40%
• Servicios de parto y posnatales.	20%	40%
• Servicios de hospital / centro médico de paciente interno.	20%	40%
• Atención de rutina al bebé en la sala de recién nacidos.	20%	40%
Equipo médico, provisiones y dispositivos:		
• Equipo médico, aparatos y provisiones (límite 1 audífono por oído cada 3 años calendario)	20%	40%
• Provisiones para diabetes (lancetas, tiritas de prueba y agujas).	20% ✓	40%
• Dispositivos ortóticos y prósticos (límite de \$200 por año calendario).	20%	40%
• Aparato de apnea del sueño oral (fuera de la red limitado a \$ 2,000 por año calendario)	20%	40%
Salud mental y abuso de sustancias químicas ilícitas:		
(Para dar inicio a los servicios, hay que llamar al 800-711-4577. Todo servicio, salvo las consultas al proveedor como paciente ambulatorio, deben tener previa autorización.)		
• Servicios de tratamiento de paciente interno y residencial.	20%	40%
• Servicios de tratamiento de día, intensivos para paciente ambulatorio u hospitalización parcial.	20%	40%
• Análisis aplicado del comportamiento.	20%	40%
• Visitas al proveedor como paciente ambulatorio.	20%	40%
Atención en el hogar y hospicio:		
• Cuidados de la salud en el hogar.	20%	40%
• Cuidados de hospicio (atención paliativa).	Se cubre todo	Se cubre todo
Servicios de rutina para la visita		
Facilitados por VSP		
De la red VSP Choice (Servicio de atención al cliente: 800-877-7195)		
Sus copagos no se aplican a los desembolsos médicos máximos de su plan		
• Examen de rutina de los ojos (limitado a 1 examen por año calendario).	Se cubre todo ✓	Se cubre hasta \$45✓
• Examen de rutina de los ojos (limitado a 1 examen por 1 año calendario)	\$10 ✓	Se cubre hasta \$45✓

HSA

4.1.9

Guía – glosario de palabras o frases utilizadas que explican sus beneficios (prestaciones)

Medicinas preventivas ACA –Son genéricas o de marca que se incluyen en el Formulario y se cubren sin costo cuando se reciben de farmacias participantes conforme lo exige la Ley de protección al paciente y cuidado de salud asequible (PPACA, siglas en inglés).

Límite anual sobre el costo compartido –Cantidad máxima que un miembro paga como gasto de bolsillo por año calendario por concepto de servicios cubiertos de salud esencial dentro de la red, cuando dos o más miembros se han inscrito en este plan.

Medicamento de marca / medicamento de marca, preferido – Las medicinas de marca son protegidas por leyes de patente de los EE.UU. y sólo un fabricante tiene los derechos exclusivos de producir y venderlos. Los beneficios de usted incluyen ambas, medicinas de marca y de marca, preferidas. Por lo general, sus gastos de bolsillo son menos con las de marca, preferidas.

Coseguro –Porcentaje del costo que tal vez tenga usted que pagar por un servicio cubierto.

Deducible común –Es la cantidad de dólares que un individuo o familia paga por servicios cubiertos antes de que su plan pague cualquier beneficio dentro de un año calendario. Se puede cumplir con el deducible acudiendo a proveedores dentro o fuera de la red, o combinando ambos. Los gastos listados a continuación no se aplican a un deducible individual o familiar:

- Servicios no cubiertos por su plan.
- Cuotas que excedan el cargo usual, acostumbrado y razonable ('UCR' en inglés) según lo establece su plan [ver 'Gasto tipo usual'.]
- Multas incurridas por no cumplir con los requisitos de previa autorización de su plan.
- Copagos o coseguros por servicios que no aplican al deducible.

Máximo común de gasto de bolsillo –Límite en dólares que tendrá que pagar por servicios cubiertos específicos (combinando servicios dentro y fuera de la red) en un año calendario. Ciertos servicios y gastos no aplican al máximo común de gastos de bolsillo. Para ver en detalle, véase su manual de Miembro.

Copago –Cantidad fija de dólares que se paga a un proveedor sanitario por un servicio cubierto al momento de recibirlo.

Formulario –Listado de medicinas de marca preferida así como genéricas, evaluados por nosotros para su eficacia y seguridad.

Medicamento genérico / genérico preferido –Es la misma fórmula de ingredientes activos que el fármaco de marca. La medicina genérica suele ponerse a disposición cuando caduca la patente del fármaco de marca. Los beneficios de Ud. incluyen ambas, genéricas y genéricas, preferidas. Por lo general, sus gastos de bolsillo son menos con medicinas genéricas preferidas.

Medicamento de mantenimiento – Son medicamentos que típicamente se recetan para el tratamiento de afecciones de largo plazo o crónicas, como la diabetes, alta presión arterial y alto nivel de colesterol. El medicamento de mantenimiento es aquel que recibe usted bajo nuestro plan por al menos 30 días y que anticipa seguir usando en lo futuro. No todas las medicinas son consideradas 'de mantenimiento', como las de compuestos y las obtenidas en farmacias de especialidad.

Cuenta de ahorros para la salud o 'Health Savings Account' ('HSA) –Son cuentas bancarias propiedad de empleados donde se deposita el dinero (de parte de empleados, empleadores o incluso familiares) para ser utilizadas como gastos médicos actuales y futuros del empleado. Las contribuciones pueden ↗

deducirse anteriormente a los impuestos de los cheques de nómina, y el dinero traslada año tras año y queda con el empleado aun si cambia de empleo o si se jubila.

Dentro de la red –Servicios recibidos dentro de la extensa red de médicos y proveedores sanitarios altamente capacitados, así como centros médicos que contrata Providence Health Plan para el plan específicamente suyo. Generalmente, sus gastos de bolsillo son menos cuando recibe sus servicios cubiertos de proveedores dentro de la red. Para localizar a un proveedor de la red del plan véase nuestro sitio Internet: www.ProvidenceHealthPlan.com/providerdirectory.

Limitaciones y exclusiones –Todo servicio cubierto queda sujeto a las limitaciones y exclusiones que determine específicamente su plan. Refiérase al Manual de miembro o a su contrato para ver toda la lista.

Fuera de la red –Se refiere a servicios que recibe de un proveedor que no está en la red. Sus gastos de bolsillo suelen ser más altos cuando recibe servicios cubiertos fuera de la red. El proveedor fuera de la red no ofrece cuotas con contrato de Providence Health Plan, de modo que pudiera aplicar facturación de balance. Para localizar proveedores de la red: ProvidenceHealthPlan.com/providerdirectory.

Médico / proveedor personal –Médico o proveedor cualificado que puede brindarle casi todos los cuidados de la salud, y cuando fuese necesario, coordinaría su atención médica con otros proveedores de manera conveniente y provechoso económicamente.

Previa autorización –Ciertos servicios deben autorizarse de antemano. Dentro de la red, su proveedor solicitará la previa autorización. Fuera de la red, usted se responsabiliza de obtener la previa autorización.

Medicamentos preventivos con protección legal clase 'Safe Harbor' –Los planes de salud con calificación HSA (véase p. 1), típicamente suelen brindar beneficios únicamente después de haberse cumplido el deducible. El Código de Rentas Internas ('IRC' por sus siglas en inglés) que gobierna los planes con calificación tiene una provisión de protección (es decir, *Safe Harbor*) para medicinas preventivas que reúnan los requisitos, lo cual permite que estos medicamentos "safe harbor" queden exentas del deducible. La protección tipo preventiva no incluye fármaco alguno que se utilice para tratar una enfermedad, lesión o afección existente. Estos medicamentos *Safe Harbor* están sujetos a su condición dentro del Formulario y su nivel, así como a los programas de manejo farmacéutico tales como previa autorización, terapia de pasos y/o límites de cantidad.

Gasto tipo usual, acostumbrado y razonable (siglas en inglés UCR: 'Usual, Customary & Reasonable') –Gasto predefinido que su plan establece para servicios recibidos de proveedores fuera de la red. Cuando el monto de dichos servicios (fuera de la red) exceda cantidades tipo UCR, Ud. se responsabiliza de pagar al proveedor cualquier diferencia. Estas cantidades no aplican a máximos de gastos de bolsillo.

Visita / consulta virtual (en inglés '*Virtual visit*') –Es la consulta con un proveedor de la red a través de tecnología Internet segura como las consultas por Tel. o video de Providence Express Care o a través de la consulta directa por Internet conocida como '*Web-direct*'.

Consulta directa por Internet (en inglés '*Web-direct*') –Consulta con proveedores de la red que se lleva a cabo en línea mediante un cuestionario a fin de obtener datos que permitan diagnosticar y tratar afecciones médicas como resfriado, gripe, garganta irritada, alergias, dolor de oído, sinusitis o infección de vías urinarias (en inglés '*UTI*').

La presente traducción es de un documento en su idioma inglés cuyo uso ha sido aprobado por la División de Seguros de Oregon ('OID').

Comuníquese con nosotros

Ubicados en Portland, nuestros profesionales del Servicio de atención al cliente tienen el orgullo de servir a nuestros miembros desde 1986.



Área Portland Metro: 503-574-7500
Todas las demás áreas: 1-800-878-4445
TTY: 711



¿Tiene preguntas acerca de sus beneficios y desea comunicarse con nosotros por correo-e? Favor de ir a nuestro sitio Internet: www.ProvidenceHealthPlan.com/contactus.

Declaración de no discriminación

Providence Health Plan y Providence Health Assurance cumplen con las respectivas leyes civiles federales y no discriminan por motivo de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, o sexo. Providence Health Plan y Providence Health Assurance no excluyen a personas ni las trata de manera diferente debido a raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, o sexo.

Providence Health Plan y Providence Health Assurance:

- Brindan material y servicio auxiliar gratuito a personas con discapacidad a fin que se puedan comunicar de manera efectiva con nosotros, por ejemplo:
 - Intérpretes calificados de lenguaje de señas.
 - Información en otros formatos (letra grande, audio, contenidos electrónicos accesibles y otros formatos).
- Ofrecen servicios gratuitos a personas cuyo idioma principal no es el inglés, como por ejemplo:
 - Intérpretes calificados.
 - Información por escrito en otros idiomas.

Si es miembro de Medicare y necesita tales servicios, llame al: 503-574-8000 ó al 1-800-603-2340. Todos los demás miembros pueden llamar al 503-574-7500 ó al 1-800-878-4445. Para miembros con discapacidad auditiva, llamar a nuestra línea TTY 711.

Si le parece que Providence Health Plan o Providence Health Assurance ha fallado al ofrecer dichos servicios, o que ha discriminado de otra manera con base en raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, o sexo, podrá presentar su queja por correo postal a nuestro coordinador de no discriminación (*Non-discrimination Coordinator*):

Providence Health Plan and Providence Health Assurance

Attn: Non-discrimination Coordinator / PO Box 4158 / Portland, OR 97208-4158

Si es miembro de Medicare y necesita ayuda para presentar una queja, llame al: 503-574-8000 ó bien, al: 1-800-603-2340. Los demás miembros pueden pedir asistencia llamando al: 503-574-7500 ó al: 1-800-878-4445 (línea TTY en 711). Puede asimismo levantar un acta electrónicamente de derechos civiles con el Dpto. de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU / Oficina de Derechos Civiles, a través del portal de la Oficina de Quejas de Derechos Civiles, disponible en: <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo, o por teléfono:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue SW - Room 509F HHH Building
Washington, DC 20201 / Tel. 1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (TTY)


Formularios para quejas, disponibles en: <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Información sobre acceso a otros idiomas

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-878-4445 (TTY: 711).

Resumen de beneficios y cobertura: Lo que cubre este plan y lo que usted paga por los servicios cubiertos
Providence Health Plan: Option Advantage B Standard

Periodo de cobertura: 08/01/2020 - 07/31/2021
Cobertura para: Empleado + dependientes | **Tipo de plan:** PPO

 **El Resumen de beneficios y cobertura (SBC, por sus siglas en inglés) es un documento que le ayudará a elegir un plan médico. El SBC le muestra cómo usted y el plan compartirían el costo de los servicios médicos cubiertos. NOTA: La información sobre el costo de este plan (llamada prima) se proporcionará aparte. Esto es solo un resumen. Para más información sobre su cobertura, o para obtener una copia de los términos de cobertura completos, www.ProvidenceHealthPlan.com. Para una definición de los términos de uso común, como monto permitido, facturación del saldo, coseguro, copago, deducible, proveedor u otros términos delimitados consulte el glosario. Puede ver una copia del glosario en www.healthcare.gov/sbc-glossary o llamar a 1-800-878-4445 para solicitar una copia.**

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante
¿Cuál es el deducible general?	En la red \$2,000 por persona /\$4,000 por familia (2 ó más). Fuera de la red \$4,000 por persona \$8,000 por familia (2 ó más).	Por lo general, deberá pagar todos los costos de los proveedores hasta el deducible antes de que este plan comience a pagar. Si tiene a otros miembros de familia en este plan, cada uno de ellos tendrá que cumplir con su propio deducible individual hasta que el total de gastos de deducible pagado por toda la familia cumpla con el deducible familiar global.
¿Se cubre algún servicio antes de pagar todo el deducible?	Se dispensa para consultas, para la mayoría de cuidados preventivos, atención de emergencia, y servicios de urgencia dentro de la red.	Este plan cubre algunas partidas y servicios incluso si aún no ha cubierto el monto total del deducible. Sin embargo, es posible que se aplique un copago o coseguro. Por ejemplo, este plan cubre algunos servicios preventivos sin costos compartidos y antes de que cumpla con su deducible. Vea una lista de servicios preventivos cubiertos en https://www.cuidadodesalud.gov/es/coverage/preventive-care-benefits/ .
¿Hay algún otro deducible por servicios específicos?	No.	Tendrá que pagar todo el deducible antes de que el plan pague algún servicio.
¿Cuál es el máximo en gastos directos del bolsillo de este plan?	Sí. En la red \$5,000 por persona /\$10,000 por familia (2 ó más). Fuera de la red \$10,000 por persona \$20,000 por familia (2 ó más).	El límite a los gastos directos del bolsillo es el máximo que podría pagar en un año por servicios cubiertos. Si tiene a otros familiares en este plan, deberán ellos cumplir con sus propios límites de gastos de bolsillo hasta lograr el límite general de gastos de bolsillo familiar.
¿Qué no incluye el desembolso máximo?	Primas, multas, copagos o coseguro de beneficios suplementarios, servicios no cubiertos, cuotas arriba del UCR.	Aunque usted pague estos costos, no cuentan para el límite de gastos directos del bolsillo.
¿Pagará un poco menos si acude a un proveedor dentro de la red médica?	Sí. Vea Error! Hyperlink reference not valid. o llame al 1-800-878-4445 para una lista de <u>proveedores dentro de la red.</u>	Este plan no tiene un proveedor dentro de la red. Usted pagará menos si acude a un proveedor dentro de la red del plan. Usted pagará más si acude a un proveedor fuera de la red, y es posible que reciba una factura de un proveedor por la diferencia en el costo del proveedor y lo que su plan paga (facturación del saldo). Tenga en mente que su proveedor dentro de la red podría utilizar un proveedor fuera de la red para algunos servicios (como laboratorios médicos). Consulte con su proveedor antes de obtener servicios.
¿Necesita un referido para ver a un especialista?	No.	Puede acudir al <u>especialista</u> de su preferencia sin un referido.

Base
4.1.14



! Todos los costos de copago y coseguro que se indiquen en esta tabla son después de que se haya completado el deducible, si aplica un deducible.

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
Si acude a la oficina o clínica de un proveedor de salud	Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	\$25 copago/visita	40% coseguro	No se aplica el deducible. Algunos servicios tales como laboratorio y rayos-X incluirán costos por miembros adicionales. Las consultas por teléfono o por video dentro de la red se cubren por completo.
	Visita al <u>especialista</u>	\$25 copago/visita	40% coseguro	No se aplica el deducible. Algunos servicios tales como laboratorio y rayos-X incluirán costos por miembros adicionales.
	Atención preventiva/ <u>examen colectivo</u> /vacuna	No se cobra	40% coseguro	No se aplica el deducible. Algunos servicios preventivos incluirán costos por miembros adicionales. Para más información véase: https://healthplans.providence.org/pdfs/members/documents/preventive-care-costs.pdf
Si se realiza un examen	Prueba diagnóstica (radiografía, análisis de sangre)	20% coseguro	40% coseguro	No aplica el deducible dentro de la red.
	Estudios de imágenes (tomografía computarizada, estudio PET, resonancia magnética)	20% coseguro	40% coseguro	No aplica el deducible dentro de la red. Se requiere de previa autorización.

Base
4.1.15

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o infección. Hay más información disponible acerca de la cobertura de <u>medicamentos con receta en www.ProvidenceHealthPlan.com</u>	Medicamentos genéricos, preferidos	\$10 copago menudeo \$20 copago (correo postal)	No se cubre	Las medicinas preventivas ACA se cubren de lleno dentro de la red. Se cubre una provisión de hasta 30 días (receta al menudeo); provisión de 90 días (receta de pedido por correo postal). Pudiera necesita previa autorización. Si se pide una medicina de marca habiendo disponible una genérica, usted paga la diferencia del costo, aparte del copago. Los medicamentos especializados solo se pueden comprar en una farmacia especializada participante.
	Medicamentos genéricos, no preferidos	\$15 copago menudeo \$30 copago (correo postal)	No se cubre	
	Medicamentos de marca, preferidos	\$30 copago menudeo \$60 copago (correo postal)	No se cubre	
	Medicamentos de marca, no preferidos	\$60 copago menudeo \$120 copago (correo postal)	No se cubre	
	<u>Medicamentos especializados</u>	50% coseguro hasta \$200 menudeo	No se cubre	
Si se somete a una operación ambulatoria	Cargo de instalaciones (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	20% coseguro, 10% coseguro a centro de cirugía ambulatoria	40% coseguro	Se requiere de previa autorización. <i>Base</i> <i>4.1.16</i>
	Honorarios del médico/cirujano	20% coseguro	40% coseguro	
	Atención en la sala de <u>emergencias</u>	\$250 copago	\$250 copago	
Si necesita atención médica inmediata	<u>Transporte médico de emergencia</u>	20% coseguro	20% coseguro	No se aplica el deducible. Sólo para situaciones médicas de emergencia. Si es admitido al hospital, todo servicio queda sujeto a beneficios de paciente interno. _____ Ninguna _____
	<u>Atención de urgencia</u>	\$25 copago/consulta	40% coseguro	
	Cargo de instalaciones (p. ej., habitación de hospital)	20% coseguro	40% coseguro	
Si le hospitalizan	Honorarios del médico/cirujano	20% coseguro	40% coseguro	Se requiere de previa autorización.

Para más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte el documento del plan o la póliza en www.ProvidenceHealthPlan.com

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
Si necesita servicios de salud mental, conductual o toxicomanías	Servicios ambulatorios	\$25 copago/visita con el proveedor. 20% coseguro para todo otro servicio.	40% coseguro	Todo servicio requiere de previa autorización salvo consultas al proveedor. El deducible no aplica para consultas en el consultorio del proveedor. Para servicios ABA (siglas en inglés de análisis conductual aplicado), véase el resumen de beneficios.
	Servicios internos	40% coseguro	40% coseguro	
Si está embarazada	Visitas al consultorio	No se cobra.	40% coseguro	No aplica el deducible dentro de la red.
	Servicios de parto profesionales	\$250 copago	40% coseguro	El coseguro aplica a cargos del proveedor para parto. No aplica el deducible dentro de la red.
	Servicios de instalaciones de partos profesionales	20% coseguro	40% coseguro	— Ninguna —
	Cuidado de la salud en el hogar	20% coseguro	40% coseguro	— Ninguna —
Si necesita ayuda recuperándose o tiene otras necesidades de salud especiales	Servicios de rehabilitación	20% coseguro	40% coseguro	Límite de coberturas: Paciente interno, 30 días por año calendario. Paciente ambulatorio, 30 visitas por año calendario. El deducible no se aplica dentro de la red a la terapia física ambulatoria. Para servicios de salud mental no aplican límites.
	Servicios de habilitación	20% coseguro	40% coseguro	Límite de coberturas: Paciente interno, 30 días por año calendario. Paciente ambulatorio, 30 visitas por año calendario. Para servicios de salud mental no aplican límites.
	Cuidado de enfermería especializada	20% coseguro	40% coseguro	Se requiere previa autorización. Límite de cobertura: 60 días por año calendario.
	Equipo médico duradero	20% coseguro	40% coseguro	El deducible no aplica a suministros de diabetes de proveedores dentro de la red.
	Servicios de cuidados paliativos o enfermos terminales	No se cobra	No se cobra	El deducible no se aplica.

Base 4.1.17

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
Si su niño necesita servicios odontológicos o de la vista	Examen de la vista pediátrico	No se cobra	Se cubre hasta \$45	El deducible no se aplica. Limitado a 1 examen cada 12 meses
	Anteojos para niños	No se cubre	No se cubre	
	Chequeo dental pediátrico	No se cubre	No se cubre	No se cubre el chequeo dental.

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos

Servicios que su plan generalmente NO cubre (consulte el documento de su plan o póliza para encontrar más información y una lista de otros servicios excluidos.)

- | | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> • Cirugía bariátrica • Cirugía cosmética (salvo ciertas excepciones) • Atención dental (adultos) • Chequeo dental (hijos) | <ul style="list-style-type: none"> • Examen de la vista y anteojos (hijos) • Tratamiento de infertilidad • Cuidados a largo plazo • Cuidados de enfermera especializada | <ul style="list-style-type: none"> • Examen de rutina de la vista (adultos) • Atención de rutina de los pies (se cubre para diabéticos) • Terminación voluntaria de embarazo • Programas para pérdida de peso |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Base
4.1.18

Otros servicios cubiertos (podrían aplicarse limitaciones a estos servicios. Esto no es una lista completa. Consulte el documento de su plan.)

- | | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> • Acupuntura (aplican límites) • Quiropráctica (aplican límites) | <ul style="list-style-type: none"> • Auxiliares auditivos (aplican límites) | <ul style="list-style-type: none"> • Atención médica que no es de emergencia al viajar fuera de los EE.UU. Véase: www.ProvidenceHealthPlan.com |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Sus derechos a continuar con su cobertura Hay agencias que pueden ayudarle si desea continuar con su cobertura cuando esta termine. La información de contacto de estas agencias es: el departamento estatal de seguro, el Departamento de Trabajo de los EE. UU. (U.S. Department of Labor), la Administración de Beneficios del Empleado (Employee Benefits Security Administration) al: 1-866-444-3272 ó en www.dol.gov/ebsa, o bien, el Departamento de Salud y Servicios Humanos (U.S. Department of Health and Human Services) al: 1-877-267-2323 x61565 ó en www.cms.gov.. Podría tener también otras opciones de cobertura, como comprar cobertura de seguro individual a través del Mercado de Seguro Médico. Para más información acerca del Mercado, visite www.CuidadDeSalud.gov o llame al 1-800-318-2596.

Sus derechos para presentar quejas o apelaciones: Hay agencias que pueden ayudarle si tiene una queja contra su plan por negarle una reclamación. Esta queja se llama reclamo o apelación. Para más información acerca de sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá para este reclamo médico. Sus documentos del plan también incluirán información completa sobre cómo presentar un reclamo, apelación o una queja a su plan por cualquier motivo. Para más información sobre sus derechos, esta notificación o para recibir asistencia, comuníquese con: Providence Health Plan al: 1-800-878-4445, a la Administración de seguridad de beneficios del empleado, del departamento de trabajo (Department of Labor's Employee Benefits Security Administration) al número:
1-866-444-EBSA (3272) o en www.dol.gov/ebsa/healthreform, o bien, puede contactar la División de seguros de Oregon (Oregon Insurance Division):

- Llamando al (503) 947-7984 ó sin cargo a la línea de mensajes en: (888) 877-4894
- Escribiendo a: Oregon Insurance Division, Consumer Protection Unit, 350 Winter Street NE, Salem, OR 97301-3883
- Por Internet: <http://www.oregon.gov/DCBS/insurance/gethelp/Pages/Fileacomplaint.aspx>
- Por correo electrónico: cp.ins@state.or.us

¿Este plan proporciona cobertura esencial mínima? SI

Si no tiene cobertura esencial mínima durante un mes, tendrá que realizar un pago con su declaración de impuestos, a menos que califique para una exención del requisito de tener cobertura médica ese mes.

¿Este plan cumple con los estándares de valor mínimo? SI

Si su plan no cumple con los estándares de valor mínimo, usted podría calificar para un crédito fiscal para las primas para ayudarle a pagar un plan a través del Mercado.

_____ Para ver ejemplos de cómo este plan podría cubrir los costos de una situación médica hipotética, consulte la próxima sección. _____

Base
4.1.19

Acerca de los ejemplos de cobertura:



Este no es un estimador de costos. Los tratamientos ilustrados son ejemplos de cómo este plan podría cubrir atención médica. Los costos en sí serán diferentes, en función de la atención que termine recibiendo, los precios que cobren sus proveedores y dentro del plan. Utilice esta información para comparar la porción de los costos que usted tendría que pagar con otros planes médicos distintos. Tenga en mente que estos ejemplos de cobertura se basan solo en la cobertura individual.

Peg está embarazada
(nueve meses de atención prenatal en la red y parto en el hospital)

- El deducible general del plan \$2,000
- Especialista copago \$25
- Hospital (instalaciones) coseguro 20%
- Otro coseguro 20%

Este EJEMPLO incluye servicios como:
 Visitas al especialista (*atención prenatal*)
 Servicios de parto profesionales
 Servicios de instalaciones de partos profesionales
 Pruebas diagnósticas (*sonogramas y análisis de sangre*)
 Visita al especialista (*anestesia*)

Costo total hipotético \$12,800

En este ejemplo, Peg pagaría:

<i>Costo compartido</i>	
Deducibles	\$2,000
Copagos	\$340
Coseguro	\$2,001
<i>Qué no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$60
El total que Peg pagaría es	\$4,401

Control de la diabetes tipo 2 de Joe
(un año de atención en la red de rutina de una enfermedad bien manejada)

- El deducible general del plan \$2,000
- Especialista copago \$25
- Hospital (instalaciones) coseguro 20%
- Otro coseguro 20%

Este EJEMPLO incluye servicios como:
 Visitas al consultorio del médico primario (*incluye sesiones informativas sobre la enfermedad*)
 Pruebas diagnósticas (*análisis de sangre*)
 Medicamentos por recetas
 Equipo médico duradero (*medidor de glucosa*)

Costo total hipotético \$7,400

En este ejemplo, Joe pagaría:

<i>Costo compartido</i>	
Deducibles	\$0
Copagos	\$950
Coseguro	\$372
<i>Qué no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$55
El total que Joe pagaría es	\$1,378

Fractura simple de Mia
(visita a la sala de emergencias dentro de la red y visitas de seguimiento)

- El deducible general del plan \$2,000
- Especialista copago \$25
- Hospital (instalaciones) coseguro 20%
- Otro coseguro 20%

Este EJEMPLO incluye servicios como:
 Sala de emergencias (*incluye materiales médicos*)
 Prueba diagnóstica (*radiografía*)
 Equipo médico duradero (*inletas*)
 Servicios de rehabilitación (*terapia física*)

Base
4.1.20


Costo total hipotético \$1,960

En este ejemplo, Mia pagaría:

<i>Costo compartido</i>	
Deducibles	\$1,109
Copagos	\$75
Coseguro	\$326
<i>Qué no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$0
El total que Joe pagaría es	\$1,510

El plan sería responsable de los demás costos por estos servicios cubiertos en este EJEMPLO.

Resumen de beneficios y cobertura: Lo que cubre este plan y lo que usted paga por los servicios cubiertos **Periodo de cobertura: 08/01/2020 - 07/31/2021**
Providence Health Plan: Option Advantage B Standard **Cobertura para: Empleado + dependientes | Tipo de plan: PPO**

 **El Resumen de beneficios y cobertura (SBC, por sus siglas en inglés) es un documento que le ayudará a elegir un plan médico. El SBC le muestra cómo usted y el plan compartirían el costo de los servicios médicos cubiertos. NOTA: La información sobre el costo de este plan (llamada prima) se proporcionará aparte. Esto es solo un resumen. Para más información sobre su cobertura, o para obtener una copia de los términos de cobertura completos, www.ProvidenceHealthPlan.com. Para una definición de los términos de uso común, como monto permitido, facturación del saldo, coseguro, copago, deducible, proveedor u otros términos delimitados consulte el glosario. Puede ver una copia del glosario en www.healthcare.gov/sbc-glossary o llamar a 1-800-878-4445 para solicitar una copia.**

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante
¿Cuál es el deducible general?	En la red \$1,500 por persona / \$3,000 por familia (2 ó más). Fuera de la red \$3,000 por persona \$6,000 por familia (2 ó más).	Por lo general, deberá pagar todos los costos de los proveedores hasta el deducible antes de que este plan comience a pagar. Si tiene a otros miembros de familia en este plan, cada uno de ellos tendrá que cumplir con su propio deducible individual hasta que el total de gastos de deducible pagado por toda la familia cumpla con el deducible familiar global.
¿Se cubre algún servicio antes de pagar todo el deducible?	Se dispensa para consultas, para la mayoría de cuidados preventivos, atención de emergencia. y servicios de urgencia dentro de la red.	Este plan cubre algunas partidas y servicios incluso si aún no ha cubierto el monto total del deducible. Sin embargo, es posible que se aplique un copago o coseguro. Por ejemplo, este plan cubre algunos servicios preventivos sin costos compartidos y antes de que cumpla con su deducible. Vea una lista de servicios preventivos cubiertos en https://www.citadododesalud.gov/es/coverage/preventive-care-benefits/ .
¿Hay algún otro deducible por servicios específicos?	No.	Tendrá que pagar todo el deducible antes de que el plan pague algún servicio
¿Cuál es el máximo en gastos directos del bolsillo de este plan?	Si. En la red \$3,500 por persona/ \$7,000 por familia (2 ó más). Fuera de la red \$7,000 por persona \$14,000 por familia (2 ó más).	El límite a los gastos directos del bolsillo es el máximo que podría pagar en un año por servicios cubiertos. Si tiene a otros familiares en este plan, deberán ellos cumplir con sus propios límites de gastos de bolsillo hasta lograr el límite general de gastos de bolsillo familiar.
¿Qué no incluye el desembolso máximo?	Primas, multas, copagos o coseguro de beneficios suplementarios, servicios no cubiertos, cuotas arriba del 'UCR'.	Aunque usted pague estos costos, no cuentan para el límite de gastos directos del bolsillo
¿Pagará un poco menos si acude a un proveedor dentro de la red médica?	Si. Vea Error! Hyperlink reference not valid. o llame al 1-800-878-4445 para una lista de proveedores dentro de la red.	Este plan no tiene un proveedor dentro de la red. Usted pagará menos si acude a un proveedor dentro de la red del plan. Usted pagará más si acude a un proveedor fuera de la red, y es posible que reciba una factura de un proveedor por la diferencia en el costo del proveedor y lo que su plan paga (facturación del saldo). Tenga en mente que su proveedor dentro de la red podría utilizar un proveedor fuera de la red para algunos servicios (como laboratorios médicos). Consulte con su proveedor antes de obtener servicios.
¿Necesita un referido para ver a un especialista?	No.	Puede acudir al especialista de su preferencia sin un referido.

Buy up
4.1.22



! Todos los costos de copago y coseguro que se indican en esta tabla son después de que se haya completado el deducible, si aplica un deducible.

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
Si acude a la oficina o clínica de un proveedor de salud	Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	\$15 copago/visita	40% coseguro	No se aplica el deducible. Algunos servicios tales como laboratorio y rayos-X incluirán costos por miembros adicionales. Las consultas por teléfono o por video dentro de la red se cubren por completo.
	Visita al <u>especialista</u>	\$15 copago/visita	40% coseguro	No se aplica el deducible. Algunos servicios tales como laboratorio y rayos-X incluirán costos por miembros adicionales.
	<u>Atención preventiva/examen colectivo/vacuna</u>	No se cobra	40% coseguro	No se aplica el deducible. Algunos servicios preventivos incluirán costos por miembros adicionales. Para más información véase: https://healthplans.providence.org/pdfs/members/documents/preventive-care-costs.pdf .
Si se realiza un examen	<u>Prueba diagnóstica</u> (radiografía, análisis de sangre)	20% coseguro	40% coseguro	No aplica el deducible dentro de la red.
	Estudios de imágenes (tomografía computarizada, estudio PET, resonancia magnética)	20% coseguro	40% coseguro	No aplica el deducible dentro de la red. Se requiere de previa autorización.

Buy up
1.1.23

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o infección. Hay más información disponible acerca de la cobertura de medicamentos con receta en www.ProvidenceHealthPlan.com	Medicamentos genéricos, preferidos	\$10 copago menudeo \$20 copago (correo postal)	No se cubre	Las medicinas preventivas ACA se cubren de lleno dentro de la red. Se cubre una provisión de hasta 30 días (receta al menudeo); provisión de 90 días (receta de pedido por correo postal). Pudiera necesita previa autorización.
	Medicamentos genéricos, no preferidos	\$15 copago menudeo \$30 copago (correo postal)	No se cubre	
	Medicamentos de marca, preferidos	\$30 copago menudeo \$60 copago (correo postal)	No se cubre	
	Medicamentos de marca, no preferidos	\$60 copago menudeo \$120 copago (correo postal)	No se cubre	
Si se somete a una operación ambulatoria	Medicamentos especializados	50% coseguro hasta \$200 menudeo	No se cubre	Los medicamentos especializados solo se pueden comprar en una farmacia especializada participante.
	Cargo de instalaciones (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	20% coseguro, 10% coseguro a centro de cirugía ambulatoria	40% coseguro	
	Honorarios del médico/cirujano	20% coseguro	40% coseguro	
Si necesita atención médica inmediata	Atención en la sala de emergencias	\$250 copago	\$250 copago	No se aplica el deducible. Sólo para situaciones médicas de emergencia. Si es admitido al hospital, todo servicio queda sujeto a beneficios de paciente interno.
	Transporte médico de emergencia	20% coseguro	20% coseguro	
	Atención de urgencia	\$15 copago/consulta	40% coseguro	
Si le hospitalizan	Cargo de instalaciones (p. ej., habitación de hospital)	20% coseguro	40% coseguro	Se requiere de previa autorización.
	Honorarios del médico/cirujano	20% coseguro	40% coseguro	

Buy up
4.1.21

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
Si necesita servicios de salud mental, conductual o toxicomanías	Servicios ambulatorios	\$15 copago/visita con el proveedor. 20% coseguro para todo otro servicio.	40% coseguro	Todo servicio requiere de previa autorización salvo consultas al proveedor. El deducible no aplica para consultas en el consultorio del proveedor. Para servicios ABA (siglas en inglés de análisis conductual aplicado), véase el resumen de beneficios.
	Servicios internos	40% coseguro	40% coseguro	
	Visitas al consultorio	No se cobra.	40% coseguro	
Si está embarazada	Servicios de parto profesionales	\$250 copago	40% coseguro	El coseguro aplica a cargos del proveedor para parto. No aplica el deducible dentro de la red.
	Servicios de instalaciones de partos profesionales	20% coseguro	40% coseguro	
	Cuidado de la salud en el hogar	20% coseguro	40% coseguro	
	Servicios de rehabilitación	20% coseguro	40% coseguro	
Si necesita ayuda recuperándose o tiene otras necesidades de salud especiales	Servicios de habilitación	20% coseguro	40% coseguro	Límite de coberturas: Paciente interno, 30 días por año calendario. Paciente ambulatorio, 30 visitas por año calendario. El deducible no se aplica dentro de la red a la terapia física ambulatoria. Para servicios de salud mental no aplican límites. Límite de coberturas: Paciente interno, 30 días por año calendario. Paciente ambulatorio, 30 visitas por año calendario. Para servicios de salud mental no aplican límites. Se requiere previa autorización. Límite de cobertura: 60 días por año calendario.
	Cuidado de enfermería especializada	20% coseguro	40% coseguro	
	Equipo médico duradero	20% coseguro	40% coseguro	
	Servicios de cuidados paliativos o enfermos terminales	No se cobra	No se cobra	
	Servicios de cuidados paliativos o enfermos terminales	No se cobra	No se cobra	

Any CP
4.1.25

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
Si su niño necesita servicios odontológicos o de la vista	Examen de la vista pediátrico	No se cobra	Se cubre hasta \$45	El deducible no se aplica. Limitado a 1 examen cada 12 meses
	Anteojos para niños	No se cubre	No se cubre	
	Chequeo dental pediátrico	No se cubre	No se cubre	

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos

Servicios que su plan generalmente NO cubre (consulte el documento de su plan o póliza para encontrar más información y una lista de otros servicios excluidos.)

<ul style="list-style-type: none"> • Cirugía bariátrica • Cirugía cosmética (salvo ciertas excepciones) • Atención dental (adultos) • Chequeo dental (hijos) 	<ul style="list-style-type: none"> • Examen de la vista y anteojos (hijos) • Tratamiento de infertilidad • Cuidados a largo plazo • Cuidados de enfermera especializada 	<ul style="list-style-type: none"> • Examen de rutina de la vista (adultos) • Atención de rutina de los pies (se cubre para diabéticos) • Terminación voluntaria de embarazo • Programas para pérdida de peso
<p>Otros servicios cubiertos (podrían aplicarse limitaciones a estos servicios. Esto no es una lista completa. Consulte el documento de su plan.)</p>		
<ul style="list-style-type: none"> • Acupuntura (aplican límites) • Quiropráctica (aplican límites) 	<ul style="list-style-type: none"> • Auxiliares auditivos (aplican límites) 	<ul style="list-style-type: none"> • Atención médica que no es de emergencia al viajar fuera de los EE.UU. Véase: www.ProvidenceHealthPlan.com

*2011
Dmg up*

Sus derechos a continuar con su cobertura Hay agencias que pueden ayudarle si desea continuar con su cobertura cuando esta termine. La información de contacto de estas agencias es: el departamento estatal de seguro, el Departamento de Trabajo de los EE. UU. (U.S. Department of Labor), la Administración de Beneficios del Empleado (Employee Benefits Security Administration) al: 1-866-444-3272 ó en www.dol.gov/ebsa, o bien, el Departamento de Salud y Servicios Humanos (U.S. Department of Health and Human Services) al: 1-877-267-2323 x61565 ó en www.ccoio.cms.gov.. Podría tener también otras opciones de cobertura, como comprar cobertura de seguro individual a través del Mercado de Seguro Médico. Para más información acerca del Mercado, visite www.CuidadDeSalud.gov o llame al 1-800-318-2596.

Sus derechos para presentar quejas o apelaciones: Hay agencias que pueden ayudarle si tiene una queja contra su plan por negarle una reclamación. Esta queja se llama reclamo o apelación. Para más información acerca de sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá para este reclamo médico. Sus documentos del plan también incluirán información completa sobre cómo presentar un reclamo, apelación o una queja a su plan por cualquier motivo. Para más información sobre sus derechos, esta notificación o para recibir asistencia, comuníquese con: Providence Health Plan al: 1-800-878-4445, a la Administración de seguridad de beneficios del empleado, del departamento de trabajo (Department of Labor's Employee Benefits Security Administration) al número:
1-866-444-EBSA (3272) o en www.dol.gov/ebsa/healthreform, o bien, puede contactar la División de seguros de Oregon (Oregon Insurance Division):

- Llamando al (503) 947-7984 ó sin cargo a la línea de mensajes en: (888) 877-4894
- Escribiendo a: Oregon Insurance Division, Consumer Protection Unit, 350 Winter Street NE, Salem, OR 97301-3883
- Por Internet: <http://www.oregon.gov/DCBS/insurance/gethelp/Pages/FILEACOMPLAINT.aspx>
- Por correo electrónico: cp.ins@state.or.us

¿Este plan proporciona cobertura esencial mínima? SI

Si no tiene cobertura esencial mínima durante un mes, tendrá que realizar un pago con su declaración de impuestos, a menos que califique para una exención del requisito de tener cobertura médica ese mes.

¿Este plan cumple con los estándares de valor mínimo? SI

Si su plan no cumple con los estándares de valor mínimo, usted podría calificar para un crédito fiscal para las primas para ayudarle a pagar un plan a través del Mercado.

_____ Para ver ejemplos de cómo este plan podría cubrir los costos de una situación médica hipotética, consulte la próxima sección. _____

Buy up
4.1.21

Acerca de los ejemplos de cobertura:



Este no es un estimador de costos. Los tratamientos ilustrados son ejemplos de cómo este plan podría cubrir atención médica. Los costos en sí serán diferentes, en función de la atención que termine recibiendo, los precios que cobren sus proveedores y dentro del plan. Utilice esta información para comparar la porción de los costos que usted tendría que pagar con otros planes médicos distintos. Tenga en mente que estos ejemplos de cobertura se basan solo en la cobertura individual.

Peg está embarazada

(nueve meses de atención prenatal en la red y parto en el hospital)

- El deducible general del plan \$1,500
- Especialista copago \$15
- Hospital (instalaciones) coseguro 20%
- Otro coseguro 20%

Este EJEMPLO incluye servicios como:

Visitas al especialista (*atención prenatal*)
 Servicios de parto profesionales
 Servicios de instalaciones de partos profesionales
 Pruebas diagnósticas (*sonogramas y análisis de sangre*)
 Visita al especialista (*anestesia*)

Costo total hipotético \$12,800

En este ejemplo, Peg pagaría:

<i>Costo compartido</i>	
Deducibles	\$1,500
Copagos	\$220
Coseguro	\$2,001
<i>¿Qué no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$60
El total que Peg pagaría es	\$3,781

Control de la diabetes tipo 2 de Joe

(un año de atención en la red de rutina de una enfermedad bien manejada)

- El deducible general del plan \$1,500
- Especialista copago \$15
- Hospital (instalaciones) coseguro 20%
- Otro coseguro 20%

Este EJEMPLO incluye servicios como:

Visitas al consultorio del médico primario (*incluye sesiones informativas sobre la enfermedad*)
 Pruebas diagnósticas (*análisis de sangre*)
 Medicamentos por recetas
 Equipo médico duradero (*medidor de glucosa*)

Costo total hipotético \$7,400

En este ejemplo, Joe pagaría

<i>Costo compartido</i>	
Deducibles	\$0
Copagos	\$848
Coseguro	\$372
<i>¿Qué no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$55
El total que Joe pagaría es	\$1,276

Fractura simple de Mia

(visita a la sala de emergencias dentro de la red y visitas de seguimiento)

- El deducible general del plan \$1,500
- Especialista copago \$15
- Hospital (instalaciones) coseguro 20%
- Otro coseguro 20%

Este EJEMPLO incluye servicios como:

Sala de emergencias (*incluye materiales médicos*)
 Prueba diagnóstica (*radiografía*)
 Equipo médico duradero (*mutetas*)
 Servicios de rehabilitación (*terapia física*)

Buy up 8.1.28

Costo total hipotético \$1,960


En este ejemplo, Mia pagaría:

<i>Costo compartido</i>	
Deducibles	\$1,109
Copagos	\$42
Coseguro	\$326
<i>¿Qué no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$0
El total que Joe pagaría es	\$1,477

El plan sería responsable de los demás costos por estos servicios cubiertos en este EJEMPLO.

Resumen de beneficios y cobertura: Lo que cubre este plan y lo que usted paga por los servicios cubiertos
Providence Health Plan: HSA Plan

Periodo de cobertura: 08/01/2020 - 07/31/2021
Cobertura para: Empleado + dependientes | **Tipo de plan:** PPO

 **El Resumen de beneficios y cobertura (SBC, por sus siglas en inglés) es un documento que le ayudará a elegir un plan médico. El SBC le muestra cómo usted y el plan compartirían el costo de los servicios médicos cubiertos. NOTA: La información sobre el costo de este plan (llamada prima) se proporcionará aparte. Esto es solo un resumen. Para más información sobre su cobertura, o para obtener una copia de los términos de cobertura completos, www.ProvidenceHealthPlan.com. Para una definición de los términos de uso común, como monto permitido, facturación del saldo, coseguro, copago, deducible, proveedor u otros términos delineados consulte el glosario. Puede ver una copia del glosario en www.healthcare.gov/sbc-glossary o llamar a 1-800-878-4445 para solicitar una copia.**

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante
¿Cuál es el deducible general?	\$2,800 por persona /\$5,600 por familia (2 ó más).	Por lo general, deberá pagar todos los costos de los proveedores hasta el deducible antes de que este plan comience a pagar. Si tiene a otros miembros de familia en este plan, cada uno de ellos tendrá que cumplir con su propio deducible individual hasta que el total de gastos de deducible pagado por toda la familia cumpla con el deducible familiar global.
¿Se cubre algún servicio antes de pagar todo el deducible?	Se dispensa para consultas, para la mayoría de cuidados preventivos, y servicios de urgencia dentro de la red.	Este plan cubre algunas partidas y servicios incluso si aún no ha cubierto el monto total del deducible. Sin embargo, es posible que se aplique un copago o coseguro. Por ejemplo, este plan cubre algunos servicios preventivos sin costos compartidos y antes de que cumpla con su deducible. Vea una lista de servicios preventivos cubiertos en https://www.cuidadodesalud.gov/es/coverage/preventive-care-benefits/ .
¿Hay algún otro deducible por servicios específicos?	No.	Tendrá que pagar todo el deducible antes de que el plan pague algún servicio
¿Cuál es el máximo en gastos directos del bolsillo de este plan?	Si \$5,500 por persona/\$11,000 por familia (2 ó más).	El límite a los gastos directos del bolsillo es el máximo que podría pagar en un año por servicios cubiertos. Si tiene a otros familiares en este plan, deberán ellos cumplir con sus propios límites de gastos de bolsillo hasta lograr el límite general de gastos de bolsillo familiar.
¿Qué no incluye el desembolso máximo?	Primas, multas, copagos o coseguro de beneficios suplemen tarios, servicios no cubiertos, cuotas arriba del UCR.	Aunque usted pague estos costos, no cuentan para el límite de gastos directos del bolsillo.
¿Pagará un poco menos si acude a un proveedor dentro de la red médica?	Si. Vea Error! Hyperlink reference not valid. o llame al 1-800-878-4445 para una lista de proveedores dentro de la red .	Este plan no tiene un proveedor dentro de la red. Usted pagará menos si acude a un proveedor dentro de la red del plan. Usted pagará más si acude a un proveedor fuera de la red, y es posible que reciba una factura de un proveedor por la diferencia en el costo del proveedor y lo que su plan paga (facturación del saldo). Tenga en mente que su proveedor dentro de la red podría utilizar un proveedor fuera de la red para algunos servicios (como laboratorios médicos). Consulte con su proveedor antes de obtener servicios.
¿Necesita un referido para ver a un especialista?	No.	Puede acudir al especialista de su preferencia sin un referido.

HSA
 4.1.30



! Todos los costos de copago y coseguro que se indican en esta tabla son después de que se haya completado el deducible, si aplica un deducible.

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
Si acude a la oficina o clínica de un proveedor de salud	Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	20% coseguro	40% coseguro	Dentro de la red no aplica el deducible. Algunos servicios tales como laboratorio y rayos-X incluirán costos por miembros adicionales. Las consultas por teléfono o por video dentro de la red se cubren por completo.
	Visita al <u>especialista</u>	20% coseguro	40% coseguro	Dentro de la red no aplica el deducible. Algunos servicios tales como laboratorio y rayos-X incluirán costos por miembros adicionales.
	Atención <u>preventiva</u> / <u>examen colectivo</u> /vacuna	No se cobra	40% coseguro	Dentro de la red no aplica el deducible. Algunos servicios preventivos incluirán costos por miembros adicionales. Para más información véase: https://healthplans.providence.org/pdfs/members/documents/preventive-care-costs.pdf .
Si se realiza un examen	Prueba diagnóstica (radiografía, análisis de sangre)	20% coseguro	40% coseguro	No aplica el deducible dentro de la red.
	Estudios de imágenes (tomografía computarizada, estudio PET, resonancia magnética)	20% coseguro	40% coseguro	Se requiere de previa autorización.

HSA
4.1.31

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o infección. Hay más información disponible acerca de la cobertura de medicamentos con receta en www.ProvidenceHealthPlan.com	Medicamentos genéricos, preferidos	20% coseguro menudeo y correo postal	No se cubre	El deducible no aplica para medicamentos tipo Safe Harbor. Las medicinas preventivas ACA se cubren de lleno dentro de la red. Se cubre una provisión de hasta 30 días (receta al menudeo); provisión de 90 días (receta de pedido por correo postal). Pudiera necesita previa autorización. Si se pide una medicina de marca habiendo disponible una genérica, usted paga la diferencia del costo, aparte del copago. Los medicamentos especializados solo se pueden comprar en una farmacia especializada participante.
	Medicamentos genéricos, no preferidos	20% coseguro menudeo y correo postal	No se cubre	
	Medicamentos de marca, preferidos	20% coseguro menudeo y correo postal	No se cubre	
	Medicamentos de marca, no preferidos	20% coseguro menudeo y correo postal	No se cubre	
	Medicamentos especializados	50% coseguro hasta \$200 menudeo	No se cubre	
Si se somete a una operación ambulatoria	Cargo de instalaciones (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	20% coseguro, 10% a centro de cirugía ambulatoria	40% coseguro	Se requiere de previa autorización. HSA 4.1.32
	Honorarios del médico/cirujano	20% coseguro	40% coseguro	
Si necesita atención médica inmediata	Atención en la sala de emergencias	20% coseguro	20% coseguro	Sólo para situaciones médicas de emergencia. Si es admitido al hospital, todo servicio queda sujeto a beneficios de paciente interno. _____ Ninguna _____
	Transporte médico de emergencia	20% coseguro	20% coseguro	
	Atención de urgencia	20% coseguro	40% coseguro	
	Cargo de instalaciones (p. ej., habitación de hospital)	20% coseguro	40% coseguro	
Si le hospitalizan	Honorarios del médico/cirujano	20% coseguro	40% coseguro	Se requiere de previa autorización.

Para más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte el documento del plan o la póliza en www.ProvidenceHealthPlan.com

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
Si necesita servicios de salud mental, conductual o toxicomanías	Servicios ambulatorios	20% coseguro	40% coseguro	Todo servicio requiere de previa autorización salvo consultas al proveedor. No aplica el deducible dentro de la red para consultas en el consultorio del proveedor. Para servicios ABA (siglas en inglés de análisis conductual aplicado), véase el resumen de beneficios.
	Servicios internos	20% coseguro	40% coseguro	
Si está embarazada	Visitas al consultorio	No se cobra	40% coseguro	No aplica el deducible dentro de la red.
	Servicios de parto profesionales	20% coseguro	40% coseguro	El coseguro aplica a cargos del proveedor para parto.
	Servicios de instalaciones de partos profesionales	20% coseguro	40% coseguro	Ninguna
	Cuidado de la salud en el hogar	20% coseguro	40% coseguro	Ninguna
	Servicios de rehabilitación	20% coseguro	40% coseguro	Límite de coberturas: Paciente interno, 30 días por año calendario. Paciente ambulatorio, 30 visitas por año calendario. El deducible no se aplica dentro de la red a la terapia física ambulatoria. Para servicios de salud mental no aplican límites.
Si necesita ayuda recuperándose o tiene otras necesidades de salud especiales	Servicios de habilitación	20% coseguro	40% coseguro	Límite de coberturas: Paciente interno, 30 días por año calendario. Paciente ambulatorio, 30 visitas por año calendario. Para servicios de salud mental no aplican límites.
	Cuidado de enfermería especializada	20% coseguro	40% coseguro	Se requiere previa autorización. Límite de cobertura: 60 días por año calendario.
	Equipo médico duradero	20% coseguro	40% coseguro	El deducible no aplica a suministros de diabetes de proveedores dentro de la red.
	Servicios de cuidados paliativos o enfermos terminales	No se cobra	No se cobra	El deducible no se aplica.
Si su niño necesita servicios	Examen de la vista pediátrico	No se cobra	Se cubre hasta \$45	El deducible no se aplica. Limitado a 1 examen cada 12 meses

MSA
4.1.33

HSA
4.1.38

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
odontológicos o de la vista	Anteojos para niños	No se cubre	No se cubre	
	Chequeo dental pediátrico	No se cubre	No se cubre	No se cubre el chequeo dental.

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos

Servicios que su plan generalmente NO cubre (consulte el documento de su plan o póliza para encontrar más información y una lista de otros servicios excluidos.)

<ul style="list-style-type: none"> • Cirugía bariátrica • Cirugía cosmética (salvo ciertas excepciones) • Atención dental (adultos) • Chequeo dental (hijos) 	<ul style="list-style-type: none"> • Examen de la vista y anteojos (hijos) • Tratamiento de infertilidad • Cuidados a largo plazo • Cuidados de enfermera especializada 	<ul style="list-style-type: none"> • Examen de rutina de la vista (adultos) • Atención de rutina de los pies (se cubre para diabéticos) • Terminación voluntaria de embarazo • Programas para pérdida de peso
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Otros servicios cubiertos (podrían aplicarse limitaciones a estos servicios. Esto no es una lista completa. Consulte el documento de su plan.)

<ul style="list-style-type: none"> • Acupuntura (aplican límites) • Quiropráctica (aplican límites) 	<ul style="list-style-type: none"> • Auxiliares auditivos (aplican límites) 	<ul style="list-style-type: none"> • Atención médica que no es de emergencia al viajar fuera de los EE. UU. Véase: www.ProvidenceHealthPlan.com
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Sus derechos a continuar con su cobertura Hay agencias que pueden ayudarle si desea continuar con su cobertura cuando esta termine. La información de contacto de estas agencias es: el departamento estatal de seguro, el Departamento de Trabajo de los EE. UU. (U.S. Department of Labor), la Administración de Beneficios del Empleado (Employee Benefits Security Administration) al: 1-866-444-3272 ó en www.dol.gov/ebsa, o bien, el Departamento de Salud y Servicios Humanos (U.S. Department of Health and Human Services) al: 1-877-267-2323 x61565 ó en www.cms.gov.. Podría tener también otras opciones de cobertura, como comprar cobertura de seguro individual a través del Mercado de Seguro Médico. Para más información acerca del Mercado, visite www.CuidadDeSalud.gov o llame al 1-800-318-2596.

Sus derechos para presentar quejas o apelaciones: Hay agencias que pueden ayudarle si tiene una queja contra su plan por negarle una reclamación. Esta queja se llama reclamo o apelación. Para más información acerca de sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá para este reclamo médico. Sus documentos del plan también incluirán información completa sobre cómo presentar un reclamo, apelación o una queja a su plan por cualquier motivo. Para más información sobre sus derechos, esta notificación o para recibir asistencia, comuníquese con: Providence Health Plan al: 1-800-878-4445, a la Administración de seguridad de beneficios del empleado, del departamento de trabajo (Department of Labor's Employee Benefits Security Administration) al número:

1-866-444-EBSA (3272) o en www.dol.gov/ebsa/healthreform, o bien, puede contactar la División de seguros de Oregon (Oregon Insurance Division):

- Llamando al (503) 947-7984 ó sin cargo a la línea de mensajes en: (888) 877-4894
- Escribiendo a: Oregon Insurance Division, Consumer Protection Unit, 350 Winter Street NE, Salem, OR 97301-3883
- Por Internet: <http://dfi.oregon.gov/gethelp/ins-help/health/Pages/index.aspx>
- Por correo electrónico: cp.ins@state.or.us

¿Este plan proporciona cobertura esencial mínima? SI

Si no tiene cobertura esencial mínima durante un mes, tendrá que realizar un pago con su declaración de impuestos, a menos que califique para una exención del requisito de tener cobertura médica ese mes.

¿Este plan cumple con los estándares de valor mínimo? SI

Si su plan no cumple con los estándares de valor mínimo, usted podría calificar para un crédito fiscal para las primas para ayudarle a pagar un plan a través del Mercado.

Para ver ejemplos de cómo este plan podría cubrir los costos de una situación médica hipotética, consulte la próxima sección. _____

HSA
4.1-35

Acerca de los ejemplos de cobertura:



Este no es un estimador de costos. Los tratamientos ilustrados son ejemplos de cómo este plan podría cubrir atención médica. Los costos en sí serán diferentes, en función de la atención que termine recibiendo, los precios que cobren sus proveedores y dentro del plan. Utilice esta información para comparar la porción de los costos que usted tendría que pagar con otros planes médicos distintos. Tenga en mente que estos ejemplos de cobertura se basan solo en la cobertura individual.

Peg está embarazada

(nueve meses de atención prenatal en la red y parto en el hospital)

- El deducible general del plan \$2,800
- Especialista coseguro 20%
- Hospital (instalaciones) coseguro 20%
- Otro coseguro 20%

Este EJEMPLO incluye servicios como:

Visitas al especialista (*atención prenatal*)
 Servicios de parto profesionales
 Servicios de instalaciones de partos profesionales
 Pruebas diagnósticas (*sonogramas y análisis de sangre*)
 Visita al especialista (*anestesia*)

Costo total hipotético \$12,800

En este ejemplo, Peg pagaría:

<i>Costo compartido</i>	
Deducibles	\$2,800
Copagos	\$0
Coseguro	\$2,527
<i>¿Qué no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$60
El total que Peg pagaría es	\$5,387

Control de la diabetes tipo 2 de Joe

(un año de atención en la red de rutina de una enfermedad bien manejada)

- El deducible general del plan \$2,800
- Especialista coseguro 20%
- Hospital (instalaciones) coseguro 20%
- Otro coseguro 20%

Este EJEMPLO incluye servicios como:

Visitas al consultorio del médico primario (*inche y sesiones informativas sobre la enfermedad*)
 Pruebas diagnósticas (*análisis de sangre*)
 Medicamentos por recetas
 Equipo médico duradero (*medidor de glucosa*)

Costo total hipotético \$7,400

En este ejemplo, Joe pagaría:

<i>Costo compartido</i>	
Deducibles	\$2,800
Copagos	\$0
Coseguro	\$1,437
<i>¿Qué no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$55
El total que Joe pagaría es	\$4,292

Fractura simple de Mia

(visita a la sala de emergencias dentro de la red y visitas de seguimiento)

- El deducible general del plan \$2,800
- Especialista coseguro 20%
- Hospital (instalaciones) coseguro 20%
- Otro coseguro 20%

Este EJEMPLO incluye servicios como:

Sala de emergencias (*inche materiales médicos*)
 Prueba diagnóstica (*radiografía*)
 Equipo médico duradero (*inletas*)
 Servicios de rehabilitación (*terapia física*)

Costo total hipotético \$1,960

En este ejemplo, Mia pagaría:

<i>Costo compartido</i>	
Deducibles	\$1,540
Copagos	\$0
Coseguro	\$385
<i>¿Qué no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$0
El total que Joe pagaría es	\$1,925

HSA
9.1.36

El plan sería responsable de los demás costos por estos servicios cubiertos en este EJEMPLO.

Beneficios dentales

Metropolitan Life Insurance Company

Compendio de Beneficios para: REXIUS FOREST BY-PRODUCTS, INC.

Fecha de Preparación: 06-25-2020

El Programa del Dentista Preferido fue diseñado para ayudarlo a obtener el cuidado dental que necesita y ayudarlo a disminuir sus costos. Usted obtiene beneficios para un rango amplio de servicios cubiertos – tanto dentro como fuera de la red. El objetivo es brindar una protección asequible para sonrisas y personas más sanas.

Nivel 1

Tipo de Cobertura	Dentro de la Red:	Fuera de la Red:
	PDP/PDP Plus % del Honorario convenido	Fuera de la Red ¹ % del Honorario del R&C ¹
Tipo A	100%	100%
Tipo B	80%	80%
Tipo C	25%	25%
Ortodoncia	0%	0%
Deducible: Por Individual/Familia*	\$50 (Tipo B y C)	\$50 (Tipo B y C)
Beneficio Anual Máximo: Por individuo	\$1000	\$1000

Nivel 2

Tipo de Cobertura	Dentro de la Red:	Fuera de la Red:
	% del Honorario convenido	% del Honorario del R&C ¹
Tipo A	100%	100%
Tipo B	80%	80%
Tipo C	50%	50%
Ortodoncia	0%	0%
Deducible: Por Individual/Familia*	\$50 (Tipo B y C)	\$50 (Tipo B y C)
Máximo Anual para Beneficios: Por Individuo	\$1000	\$1000

Comprender su Plan de beneficios Dental

El Programa del Dentista Preferido está diseñado para brindarle la cobertura dental que necesite con las características que usted quiere. Como la libertad para visitar al dentista que usted desee – dentro o fuera de la red.

- Los beneficios por servicios dentro de la red del plan se basan en el porcentaje de los honorarios negociados, o sea, los honorarios que los dentistas participantes han acordado aceptar como pago total.
- Los beneficios del plan para los servicios fuera de la red se basan en un porcentaje de los cargos habituales y razonables (R&C). Si elige un dentista que no participa en el programa MetLife, sus gastos de desembolso pueden ser más altos, ya que será responsable del pago de cualquier diferencia entre el costo del dentista y el pago de su plan por el servicio aprobado. Consulte la página de Servicios cubiertos seleccionados y los límites de frecuencia de este documento para obtener más detalles sobre cómo se definen los cargos R&C conforme a este plan.

Ciertos beneficios del plan se basan en un porcentaje de los honorarios convenidos. Este es el monto que los dentistas participantes han aceptado como pago completo. Si sus beneficios del plan se basan en un porcentaje de los cargos Razonables y Acostumbrados (R&C) los gastos de su propio bolsillo pueden ser mayores, puesto que usted será responsable del pago de toda diferencia entre el honorario del dentista y el pago de su plan por el servicio aprobado.

* Si usted se ha inscrito para una cobertura dependiente, se puede aplicar un deducible de familia máximo.

El ahorro por inscribirse en un plan de beneficios dentales depende de diversos factores, por ejemplo, el costo del plan, la frecuencia con la que los participantes visitan al dentista y el costo de los servicios prestados.

Aproveche las posibilidades del acceso directo en línea con MyBenefits.

- Verifique el estado de sus reclamos.
- Localice un dentista participante del PDP.
- Acceda a la Biblioteca de la Salud Bucal de Metlife.
- Elija ver la Explicación de sus Beneficios en línea.

Si aún no está registrado, simplemente ingrese a www.metlife.com/mybenefits y siga las sencillas instrucciones para el registro.

Servicios Cubiertos Seleccionados y Frecuencia de Limitaciones*

Tipo A	
• Exámenes Bucales	1 cada 6 meses.
• Limpiezas	1 cada 6 meses.
• Fluoruro	Los niños hasta los 19 / 1 cada 12 meses.
• Radiografías Bitewing	Adulto - 1 cada 1 periodo / Niños - 2 cada 1 periodo separado por seis meses.
• Radiografías Bucales Completas	1 cada 60 meses.
• Mantenedores de Espacio	
• Tratamiento Paliativo de Emergencia	
• Sellantes (primer y segundo molar permanente)	1 por diente cada 60 meses de un hijo dependiente hasta su cumpleaños n° 19.
Tipo B	
• Mantenimiento Periodontal	4 cada 1 año menos la cantidad de limpiezas dentales.
• Limpieza y Alisado Radicular Periodontal	1 por cuadrante cada 24 meses.
• Cirugía Periodontal	1 cada 36 meses.
• Amalgama y Empastes con compuesto	Sin límite. Sólo compuestos cubiertos en sólo los anteriores.
• Extracciones Simples	
• Tratamiento de Conducto	1 cada 24 meses.
• Extracciones Quirúrgicas	
• Reparaciones (Coronas)	
Tipo C	
• Coronas	1 cada 60 meses.
• Prótesis Dentales	1 cada 60 meses.
• Puentes	1 cada 60 meses.

Las categorías de los servicios y limitaciones del plan indicados en este documento representan un compendio de su Plan de Beneficios pero no son una descripción completa del plan. Antes de realizar una compra o una decisión de inscripción debe revisar el certificado de seguro, el cual está disponible a través de MetLife o su empleador. En caso de discrepancia entre este compendio y su certificado de seguro, regirá su certificado de seguro. Como la mayoría de las pólizas de seguro dental de grupo, las pólizas de grupo de MetLife tienen ciertas exclusiones, limitaciones, términos y períodos de espera para mantenerlas vigentes. El certificado de seguro establece todos los términos y provisiones del plan, incluidas todas las exclusiones y limitaciones.

***Beneficios Alternativos:** Su plan dental establece que, cuando existan dos o más alternativas de tratamientos dentales profesionalmente aceptables para una afección dental, el plan basará el reembolso y el cargo del procedimiento asociado en la alternativa de tratamiento menos costosa. Si recibe una alternativa de tratamiento más costosa, su dentista puede cobrarle a usted o a su dependiente por la diferencia entre el costo del servicio que fue realizado y la alternativa de tratamiento menos costosa.

¹ El cargo Razonable y Acostumbrado (R&C) se basa en el menor de: El "Cargo real" (el cargo real del dentista), o el "Cargo Usual" (el cargo usual del dentista por servicios equivalentes o similares), o el "Cargo Acostumbrado" (el cargo de percentil 90 de la mayoría de los dentistas dentro de la misma área geográfica por servicios equivalentes o similares según lo determinado por MetLife).

Las categorías de servicios y las limitaciones del plan que se indican arriba representan una descripción general de los beneficios de su plan. Este documento presenta la mayoría de los servicios dentro de cada categoría, pero no constituye una descripción completa del plan.

Exclusiones

No pagaremos beneficios del Seguro Dental por cargos incurridos por:

1. Servicios que no sean Dentalmente Necesarios, que no cumplan con las normas generalmente aceptadas de atención para el tratamiento de la afección dental particular, o que consideremos de naturaleza experimental.
2. Servicios por los que no deba realizar un pago en ausencia de un Seguro Dental.
3. Servicios o suministros que Usted o Su Dependiente reciban antes de que el Seguro Dental comience para esa persona.
4. Servicios que principalmente sean cosméticos. (Los residentes de Texas deben consultar la sección notificaciones de sus certificados.)
5. Servicios que no sean proporcionados ni prescritos por un Dentista, salvo aquellos servicios de un higienista dental licenciado bajo la supervisión y el cobro de un Dentista, y que se realicen para:
 - la limpieza y pulido de dientes; o
 - tratamientos con fluoruro.
6. Servicios o aparatos que restauren o alteren la oclusión o dimensión vertical.
7. Restauración de la estructura dental dañada por atrición, abrasión o erosión.
8. Restauraciones o aparatos que se utilicen con el propósito de colocar una férula periodontal.
9. Asesoramiento o instrucciones sobre la higiene oral, el control de la placa, la nutrición y el tabaco.
10. Suministros o dispositivos personales que incluyan, pero sin limitarse a: irrigadores bucales, cepillos de dientes o hilos dentales.
11. Decoración, personalización o inscripción en algún diente, dispositivo, aparato, corona u otro trabajo dental.
12. Ausencia a las citas.
13. Servicios:
 - cubiertos bajo una ley de compensación del seguro obrero o ley sobre enfermedades ocupacionales;
 - cubiertos bajo una ley de responsabilidad del empleador;
 - por los que el empleador de la persona que recibe los servicios no debe realizar un pago; o
 - recibidos en un establecimiento costado por el Empleador, sindicato, asociación de beneficios mutuos, u hospital de la Administración de Veteranos.
14. Servicios cubiertos bajo otra cobertura proporcionada por el Empleador.
15. Restauraciones temporarias o provisionales.
16. Aparatos temporarios o provisionales.
17. Medicamentos con receta.
18. Servicios que la documentación presentada señalan con un pronóstico malo.
19. Los siguientes casos, cuando sean cobrados por el Dentista en forma separada:
 - llenado de formulario de reclamo;
 - control de infecciones, como por ejemplo guantes, máscaras y suministros para esterilización; o
 - anestesia local, sedación no intravenosa consciente o analgesia, como por ejemplo con óxido nitroso.
20. Servicios dentales que surjan de una lesión accidental a los dientes y estructuras de apoyo, salvo por lesiones a los dientes causadas por masticar o morder alimentos.
21. Pruebas de susceptibilidad a las caries.
22. Colocación inicial de una Prótesis Dental fija y permanente para reemplazar uno o más dientes naturales que ya faltaban antes de que la persona estuviera cubierta por el Seguro Dental, salvo en el caso de dientes naturales faltantes congénitos.
23. Otros servicios de Prótesis Dentales fijas que no estén descritos en este certificado.
24. Accesorio (attachment) de precisión
25. Ajuste a una Prótesis Dental
26. Diagnóstico y tratamiento de trastornos de la articulación temporomandibular (TMJ). Esta exclusión no se aplica a quienes residan en Minnesota.¹
27. Servicios o aparatos de ortodoncia.¹
28. Reparación o reemplazo de un dispositivo de ortodoncia.¹
29. Duplicación de dispositivos o aparatos protéticos.
30. Reemplazo por pérdida o robo de un aparato, Restauración de Molde o Prótesis Dental.
31. Imágenes fotográficas intra y extraorales.

¹ Es posible que algunas de estas exclusiones no se apliquen. Consulte el certificado y diseño de su plan para obtener detalles.

4.2.3

PREGUNTAS FRECUENTES... RESPUESTAS IMPORTANTES

¿Quién es un dentista participante?

Un dentista participante es un dentista general o especialista que ha acordado aceptar los honorarios convenidos como pago total por los servicios proporcionados a los miembros del plan. Los honorarios negociados suelen oscilar entre el 15 y el 45% por debajo de los honorarios promedio que se cobran en el ámbito de los dentista por servicios equivalentes o significativamente similares*.

*Según análisis interno de MetLife. El ahorro por inscribirse en un plan de beneficios dentales depende de diversos factores, por ejemplo, la frecuencia con la que los miembros visitan al dentista participante y el costo de los servicios brindados. Los honorarios negociados están sujetos a cambios. Es posible que no se apliquen los honorarios convenidos para servicios no cubiertos en todos los estados.

¿Cómo encuentro a un dentista participante?

Hay cientos de dentistas generales y especialistas para elegir en todo el país, así que asegúrese de encontrar uno que satisfaga sus necesidades. Puede obtener una lista de dichos dentistas participantes en línea visitando www.metlife.com/mybenefits o llame al 1-800-942-0854 para que se le envíe una lista por fax o por correo.

¿Qué servicios cubre mi plan?

Están cubiertos todos los servicios definidos bajo su plan de beneficios dentales de grupo. Revise los beneficios del plan adjuntos para obtener más información.

¿El Programa de Dentistas Preferidos ofrece algún descuento para servicios no cubiertos?

Los honorarios negociados pueden extenderse a servicios no cubiertos bajo su plan y a servicios recibidos después de haber alcanzado el máximo de su plan, donde lo permita la ley estatal aplicable. Si es permitido, usted puede ser el único responsable del honorario negociado.

¿Puedo elegir a un dentista no participante?

Sí. Usted tiene en todo momento la libertad de elegir al dentista que desee. Sin embargo, si elige a un dentista no participante, sus costos extra pueden ser mayores. Él o ella no han acordado aceptar honorarios negociados. Así que usted puede ser responsable por cualquier diferencia en los costos entre los honorarios del dentista y el pago de su plan de beneficios.

¿Mi dentista puede solicitar la participación en la red?

Sí. Si su dentista actual no participa en la red y usted quisiera solicitarle que se inscriba, dígame a su dentista que visite www.metdental.com o que llame al 1-866-PDP-NTWK para obtener una solicitud. *El sitio Web y el número de teléfono son solo para uso de los profesionales dentales.

*Debido a requisitos contractuales, MetLife se abstiene de solicitudes de ciertos proveedores.

¿Cómo se procesan los reclamos?

Los dentistas pueden presentar los reclamos por usted, o sea que solo tendrá que realizar pocos o ningún trámite. Puede realizar un seguimiento en línea de sus reclamos e incluso recibir alertas por correo electrónico cuando su reclamo se haya procesado. Si necesita un formulario de reclamación, visite www.metlife.com/mybenefits o solicite uno llamando al 1-800-942-0854.

¿Puedo averiguar cuánto serán los gastos de mi propio bolsillo antes de recibir un servicio?

Sí. Usted puede solicitar un estimado previo al tratamiento. Su dentista general o especialista normalmente envía a MetLife un plan para su cuidado y solicita un estimado de beneficios. El estimado lo ayuda a prepararse para el costo de sus servicios dentales. Recomendamos que solicite una estimación previa al tratamiento para servicios que superen los \$300. Simplemente haga que su dentista presente una solicitud en línea en www.metdental.com o llame al 1-877 – MET – DDS9. Usted y su dentista recibirán un estimado del beneficio para la mayoría de procedimientos mientras permanece en el consultorio. Los pagos reales pueden variar según los máximos, deducibles, límites de frecuencia y otras condiciones del plan al momento del pago.

¿Necesito una tarjeta de identificación?

No, no necesita presentar una tarjeta de identificación para confirmar que es elegible. Usted debería notificar a su dentista de que usted está inscrito en el Programa de Dentistas Preferidos de MetLife. Su dentista puede verificar

fácilmente la información sobre su cobertura a través del sistema gratuito de Respuesta Computarizada de Voz automático.

¿Puedo averiguar los gastos de mi propio bolsillo antes de recibir un servicio?

Sí. Con las estimaciones previas al tratamiento, nunca tendrá que preguntarse cuál será el valor de los gastos de su propio bolsillo. MetLife recomienda que solicite una estimación previa al tratamiento para los servicios que superen los \$300. (Esto generalmente se aplica a servicios tales como coronas, puentes, incrustaciones y periodoncia.) Para recibir una estimación de beneficios, simplemente pídale a su dentista que presente en línea una solicitud de una estimación previa al tratamiento en www.metdental.com o que llame al 1-877-MET-DDS9 (638-3379) Usted y su dentista recibirán una estimación de beneficios en línea o por fax para la mayoría de los procedimientos mientras usted aún se encuentra en el consultorio, de modo tal que podrán conversar acerca del tratamiento y las opciones de pago y programar el procedimiento en el acto. Los pagos reales pueden variar según los máximos, deducibles, límites de frecuencia y otras condiciones del plan al momento del pago.

¿Necesito una tarjeta de identificación?

No, no necesita presentar una tarjeta de identificación para confirmar que es elegible. Deberá notificar a su dentista que usted participa del PDP de MetLife. Su dentista puede verificar fácilmente la información sobre su cobertura a través del sistema gratuito de Respuesta Computarizada de Voz automático.

¿Mis dependientes deben asistir al mismo dentista que yo elija?

No, usted y sus dependientes tienen la libertad de elegir el dentista que cada uno desee.

Si no me inscribo durante mi período de inscripción inicial, ¿puedo adquirir el Seguro Dental más adelante?
Sí, los empleados elegibles que no elijan la cobertura durante sus períodos de solicitud de 31 días aún pueden elegir la cobertura más adelante. La cobertura dental elegida luego de un período de solicitud de 31 días está sujeta a los siguientes períodos de espera:*

- Sin período de espera para Servicios Preventivos
- 6 meses para Servicios Básicos de Restauración (Empastes).
- 12 meses para los otros Servicios Básicos.
- 24 meses para Servicios Especiales.
- 24 meses para Servicios de Ortodoncia (si corresponde).

*Si el titular de la póliza participa en un plan de la sección 125 y tiene un período de inscripción abierta anual, la cobertura dental no estará sujeta a ningún período de espera. Por favor, consulte a su Administrador de Beneficios o su certificado para obtener esta información del plan.

¿Soy elegible para todos los beneficios el primer día de cobertura?

Su plan puede incluir períodos de espera para beneficios. Consulte el certificado de seguro o a su Administrador de Beneficios para obtener detalles sobre los servicios que están sujetos a los períodos de espera y el período de tiempo que se aplica.

¿Cómo puedo saber lo que los dentistas de mi área cobran por procedimientos distintos?

Si usted cuenta con MyBenefits puede acceder a la Herramienta de Honorarios por Procedimientos Dentales ("Dental Procedure Fee Tool") que brinda go2dental.com. Allí podrá conocer más sobre los honorarios aproximados por servicios tales como exámenes, limpiezas, empastes, coronas y otros. Simplemente visite www.metlife.com/mybenefits y utilice la Herramienta de Honorarios por Procedimientos Dentales para ayudarle a estimar los honorarios dentro de la red y fuera de la red¹ correspondientes a los servicios dentales en su área.

¿MetLife puede ayudarme a encontrar un dentista fuera de los Estados Unidos si estoy de viaje?

Sí. A través del programa de Asistencia Dental Internacional al Viajero ("Internacional Dental Travel Assistance")² de MetLife puede obtener una derivación a un dentista local llamando al 1-312-356-5970 (cobro revertido) cuando esté fuera de los Estados Unidos y recibir atención inmediata hasta que pueda verlo su dentista. La cobertura se considerará como un beneficio fuera de la red.³ Recuerde conservar todos los recibos para presentar su reclamación dental.

¹ La información sobre honorarios fuera de la red es proporcionada por go2dental.com, Inc., una fuente de la industria independiente de MetLife. Dicho sitio no brinda la información sobre el pago de beneficios utilizada por MetLife para procesar sus reclamos. Antes de recibir los servicios, las estimaciones previas al tratamiento proporcionadas por su dentista brindarán la información más precisa acerca de los honorarios y el pago.

² Los servicios de Asistencia Dental Internacional al Viajero son administrados por AXA Assistance USA, Inc. AXA Assistance no está afiliada a MetLife, y los servicios brindados están separados y aparte de los beneficios proporcionados por MetLife.

³ Consulte la descripción breve de su plan de servicios dentales para conocer su cobertura dental fuera de la red.

REXIUS FOREST BY-PRODUCTS INC

SUMMARY PLAN DESCRIPTION Flexible Spending Account

Effective: 8/1/2020

With Third Party Administrative Services Provided By:



This document explains in detail the operation and rules that govern your Plan. Some features of a Flexible Spending Account described in this Summary Plan Description may not apply. Refer to Section II – Your Plan at a Glance to determine the specific features your Employer offers.

Table of Contents

I.	Introduction	3
II.	Your Plan at a Glance	4
III.	Participation in the Plan	9
IV.	Component Options	12
	• Premium Payment Component	
	• Health FSA Component	
	• DCAP Component	
V.	Administrative Provisions	22
	• Funding and Type of Plan Administration	
	• Election Changes	
	• Family and Medical Leave Act (if applicable)	
	• “Use-it-or-Lose-it” Rule	
	• Grace Period	
	• How Benefits are Taxed	
	• The Plan Can Be Changed	
	• How to File a Reimbursement Request	
	• Handling Denied Claims	
	• Appeals	
	• ERISA Rights	
	• HIPAA Privacy Rights	
VI.	Notices Required by Law	39
VII.	Health Saving Account	41

REXIUS FOREST BY-PRODUCTS INC

SUMMARY PLAN DESCRIPTION FLEXIBLE SPENDING ACCOUNT

I. Introduction

This Summary Plan Description (SPD) provides, in general terms, the main features of the REXIUS FOREST BY-PRODUCTS INC Flexible Spending Account Plan (the "Plan") and the related Premium Payment Component, Health FSA Component and DCAP Component, how it can work for you, and how it can benefit you. Such plans are also known as cafeteria plans, or Section 125 plans.

Under the Plan, you may choose to redirect a portion of your wages to pay for certain benefits for you, your spouse, and your dependents with pre-tax dollars instead of after-tax dollars. Participating in the Plan will reduce the amount of your taxable compensation. Accordingly, there could be a decrease in your Social Security benefits and/or other benefits (e.g., pension, disability, and life insurance), which are based on taxable compensation. However, the tax savings that you realize through Plan participation will often more than offset any reduction in other benefits. Alternatively, eligible Employees may choose to pay for any of the benefits with after-tax contributions on a payroll-reduction basis.

You should read this SPD carefully so that you understand the provisions of the Plan and the benefits you will receive. We want you to be fully informed of the benefits available to you under the Plan both before you enroll and while you are a Participant. You should direct any questions you have to the Employer. A copy of your Plan Document is on file at your Employer's office and may be read by you, your Beneficiaries, or your legal representatives at any reasonable time. **IF THERE IS A CONFLICT BETWEEN THIS SUMMARY PLAN DESCRIPTION AND THE PLAN DOCUMENT, THE PLAN DOCUMENT WILL TAKE PRECEDENCE.**

The provisions of the Plan, as initially adopted or subsequently amended and restated, as the case may be, are effective 8/1/2020, through 7/31/2021. Your Plan's records are maintained on a fiscal period known as the Plan Year.

This SPD does not describe the Group Sponsored Insurance. The provisions of this Plan are not intended to override any exclusions, eligibility requirements, or waiting periods specified in the Group Sponsored Insurance plan documents.

Assistance in Other Languages

Plan Participants who do not speak English may contact PacificSource Administrator's Customer Service Department for assistance. PacificSource Administrators can usually arrange for a multilingual staff member or interpreter to speak with them in their native language.

II. Your Plan at a Glance

PERIOD OF COVERAGE and **PLAN YEAR** of this Plan: 8/1/2020 through 7/31/2021

Cafeteria Plan Name: REXIUS FOREST BY-PRODUCTS INC

Three Digit Plan Number: 501

Type of Legal Entity: S Corp.

Employer/Plan Sponsor: REXIUS FOREST BY-PRODUCTS INC
PO BOX 22838
EUGENE, OR 97402

Benefits Coordinator: Human Resources/Benefits Representative
(541) 342-1835

Legal Representative: REXIUS FOREST BY-PRODUCTS INC

Plan Administrator: REXIUS FOREST BY-PRODUCTS INC

Third Party Administrator: PacificSource Administrators, Inc.
PO Box 70168
Springfield, OR 97475
Phone: (800) 422-7038
FAX: (866) 446-6090

Secure Web Portal (TPA): <https://hrbenefitsdirect.com/PSA>

Claim Mailing Address (TPA): PacificSource Administrators, Inc.
PO Box 2797
Portland, OR 97208

Employer Representative or Named Fiduciary: REXIUS FOREST BY-PRODUCTS INC

The HIPAA Effective date: 8/1/2020

HIPAA Privacy Officer: REXIUS FOREST BY-PRODUCTS INC

BENEFIT PLANS: The administrative plan expenses are paid by the Employer.
The following components are offered under the Flexible Spending Account. You may elect:

- **Premium Payment Component:** Your salary reductions will be used to pay the premium for medical and hospitalization insurance, major medical insurance, dental insurance, vision insurance, and/or other qualified benefits under Section 125 for you and your eligible family members.
- **Health FSA Component:** Your salary reductions will be deposited into a Health FSA Account from which funds will be withdrawn to reimburse you for eligible medical care expenses incurred by you and your eligible family members.
 - The election may be for:
 - **General-Purpose Health FSA (HRE) Option**
 - **Maximum Salary Reduction:** \$2,750
 - **Minimum Salary Reduction:** \$0
 - **Limited-Scope Health FSA (LSFSA) Option (Vision/Dental Care)**
 - **Maximum Salary Reduction:** Not Available
 - **Minimum Salary Reduction:** Not Available
 - **Limited-Purpose Health FSA (LFSA) Option (Vision/Dental/Preventive Care)**
 - **Maximum Salary Reduction:** \$2,750
 - **Minimum Salary Reduction:** \$0
 - **Mid-year Elections:** Mid-year hires and election changes due to a qualifying event, as allowed under the component, will be pro-rated. The maximum pay period contribution cannot exceed the annual IRS limit divided by the number of pay periods in the Plan Year.
 - **Allows all applicable Change in Status options:** No Changes
- **DCAP Component:** Your salary reductions will be deposited into a Dependent Care Expense (DCE) Account from which funds will be withdrawn to reimburse you for eligible dependent care expenses.
 - **Maximum Salary Reduction:** \$5,000 (legal maximum of \$5,000; \$2,500 for a married individual filing a separate return)
 - **Minimum Salary Reduction:** \$0
 - **Mid-year Elections:** Mid-year hires and election changes due to a qualifying event, as allowed under the component, will be pro-rated. The maximum pay period contribution cannot exceed the annual IRS limit divided by the number of pay periods in the Plan Year.
 - **Allows all applicable Change in Status options:** All of the events constituting a change in status under the regulations shall be allowed.

Funding Medium and Type of Plan Administration: The Health FSA Component is a group health plan. The Health FSA and DCAP Components are self-funded by the Employer and are contract administration plans. A third-party administrator processes claims for these components, but the Employer pays the claims out of its general assets. A health insurance issuer is not responsible for the financing or administration (including payment of claims) of these components. There is no trust for the Plan or any component.

Eligibility Requirements:

- Class I: Minimum of 20 hours required during each week; Class II: Minimum of 30 hours required during each week

Entry Dates:

- Class I: First of the month after 30 days of continued employment; Class II: First of the month after 60 days of continued employment

Exclusions:

- Owners in a S Corporation with more-than-2% ownership, their spouses, children, parents and grandparents are not eligible to participate, including pre-tax insurance premiums

Deemed Elections: Under the Premium Payment Component you will be deemed to elect for each upcoming Plan Year whatever election is in effect in the current Plan Year, unless you expressly change your election by turning in a completed election form prescribed by the Employer.

For example, if you are enrolled in the Premium Payment Component in the current year and want to remain enrolled in the upcoming year, you need not do anything, but if you want to stop participating in that Plan, you must affirmatively elect not to participate during the open enrollment period for the upcoming Plan Year. Under all the other components, you must make an affirmative election to participate every year by turning in a completed Enrollment Form prescribed by the Employer or you will be deemed to have elected not to participate.

Election Changes: The election changes allowed under the Plan are those made effective by the IRS January 1, 2001. Any new election must be made and communicated in writing to the Employer within **30 days** of the change in status.

Carryover Provision: Carryover is not permitted and therefore unused balances are subject to the "Use-It-or-Lose-It" rule discussed in Section V. Administrative Provisions on the Health FSA Component.

Grace Period: Your Employer does offer a Grace Period on the Health FSA and DCAP Component(s).

Forfeitures: Unclaimed cash balances are forfeited to the Employer after the end of a Plan Year. All forfeitures under this Plan shall be used as follows: first, to offset any losses experienced by the Employer during the Plan Year as a result of making reimbursements with respect to all Participants in excess of the contributions paid by such Participants through salary reductions; second, to reduce the cost of administering the Plan during the Plan Year or may be retained by the Employer to be used in the subsequent Plan Year (all such administrative costs shall be documented by the Employer); and third, to provide increased benefits or compensation to Participants in subsequent years in any weighted or uniform fashion that the Employer deems appropriate, consistent with applicable regulations. Cash balances forfeited to the Employer cannot be returned directly to the individual Participant(s) who forfeited those funds.

Claim Reimbursement Forms may be submitted the following ways:

- Electronically via our secure web portal: <https://hrbenefitsdirect.com/PSA>
- Faxed to (866) 446-6090
- Mailed to PO Box 2797, Portland, OR 97208

Claim Submission Period Ends: 90 days after the close of the Plan period of coverage (also known as a run-out period)

Debit Card Availability: Health FSA

Documentation needed for claim submission: Your claim for expense reimbursement must include a statement from your service provider that you have incurred the expense, the date of service, and the amount of your expense. Note: In some instances, a statement from the provider that a medical care expense is medically necessary may be required.

Participation Rules:

- Reimbursements of Health FSA expenses include the period of coverage if such expenses are otherwise eligible healthcare expenses under the Code.
 - If you terminate employment, your FSA participation ends on the date of termination or on the last day of the pay period in which the Participant has contributed, whichever gives the Participant the greater period of coverage.
 - If you experience a loss of eligibility, your FSA participation ends on the date the loss of eligibility occurs or on the last day of the pay period in which the Participant has contributed, whichever gives the Participant the greater period of coverage.
- Reimbursements of DCAP expenses include the period of coverage and/or following termination - that is, through the remainder of the Plan Year if such expenses are otherwise eligible expenses under the Code.

Coverage continuation (if applicable): If you lose coverage under the Health FSA Component as a result a qualifying event (i.e. termination of employment or cessation of eligibility because of a reduction in hours of employment) you may be entitled to elect coverage continuation under the Health FSA to the extent required by federal law. See Section IV Component Options – Health FSA Component for more information.

A Participant cannot be forced to repay or voluntarily repay the employer for any amounts exceeding his or her Health FSA account balance (under most circumstances, individuals who have overspent their accounts will not elect continued coverage). The plan cannot accept the additional contributions as such a practice would be a violation of the Uniform Coverage rule.

Treatment of Rehires and/or Treatment of Participants that regain eligibility: If you terminate employment and later are rehired or lose eligibility and later regain eligibility during the same Plan Year, you may be entitled to rejoin the plan based on your Employer's plan design.

See Section III Participation in the Plan for more information regarding the treatment of rehires and treatment of Participants that regain eligibility during the same Plan Year.

Continuing Plan Participation under FMLA: Per Federal Law, coverage may continue under the provisions of Family Medical Leave Act (FMLA). If applicable, the option for member payment of continuation is listed below:

- FMLA coverage is offered and paid by the Employee based on the following: Pay-as-you-go with after-tax dollars, Pre-pay with pre-tax dollars, or Catch-up method

III. Participation in the Plan

✓ **Who can participate in the Plan?**

Employees who actually participate in the Plan are called "Participants". You are eligible to participate if you have met the following required eligibility standards and waiting period as indicated below:

- Class I: Minimum of 20 hours required during each week; Class II: Minimum of 30 hours required during each week

Your "entry date" is the date on which you become eligible to participate in the Plan as indicated below:

- Class I: First of the month after 30 days of continued employment; Class II: First of the month after 60 days of continued employment

Eligibility for the Health FSA Component is subject to the eligibility for the Medical Insurance Plan.

- Individuals eligible to enroll in the Medical Insurance may enroll in a General-Purpose Health FSA (regardless of whether coverage under the Medical Insurance Plan is elected), covering all healthcare expenses as defined in Code §213(d).
- Individuals not eligible to enroll in the Medical Insurance may enroll in a Limited-Scope Health FSA, limited to covering Vision and Dental Care.
- Individuals who elect to participate in an HSA Benefit, or a Spouse participating in their Employer's HSA Benefit, may only enroll in a Limited-Purpose Health FSA, limited to covering Vision, Dental and Preventive Care.

Eligibility for the Group Sponsored Insurance is also subject to the additional eligibility requirements, if any, specified in the insurance plan documents.

✓ **Are there any Employees who are not eligible to participate in the Plan?**

An "Employee" is an individual that the Employer classifies as a common-law Employee and who receives Compensation from the Employer. Employees do not, however, include (a) individuals classified by the Employer as independent contractors, even if such an individual is later reclassified as a common-law employee; (b) individuals who perform services for the Employer but who are paid by a temporary or other employment or staffing agency; or (c) self-employed individuals, partners in a partnership, or more-than-2% shareholders in a Subchapter S corporation.

The following Employees are excluded from participating in the Plan:

- Owners in a S Corporation with more-than-2% ownership, their spouses, children, parents and grandparents are not eligible to participate, including pre-tax insurance premiums

✓ **What must I do to enroll?**

When you first meet the eligibility requirements of the Plan, you must complete and sign an enrollment form (or completing electronic enrollment materials) prior to your entry date. The signed enrollment form must be submitted to the Employer before the first day of the pay period in which participation will begin. After the initial period of coverage, you may renew your participation for the next Plan Year by filing your elections with your Employer during the next open enrollment period.

Failure to make an election will be treated as electing to not participate in the Plan unless an event occurs that would justify a mid-year election change, as described in Section V Administrative Provisions – Election Changes.

✓ ***When does participation end?***

The date your participation will cease under the Plan varies from component to component. Under the various components described in Section IV Component Options, your participation in each component will, unless otherwise expressly stated, cease on the date you terminate employment or otherwise cease to be eligible under the Plan or otherwise cease to be an eligible Employee.

- Upon termination, FSA participation ends on the date of termination or on the last day of the pay period in which the Participant has contributed, whichever gives the Participant the greater period of coverage.
- Upon loss of eligibility, FSA participation ends on the date the loss of eligibility occurs or on the last day of the pay period in which the Participant has contributed, whichever gives the Participant the greater period of coverage.

✓ ***What if I terminate and I am rehired during the Plan Year?***

If you enroll in the Health FSA Component, terminate employment, and are later rehired within 30 days, you are required to immediately rejoin the Plan and be reinstated with the same election as before termination of participation; resuming your per pay period contribution. If a period of non-coverage occurs due to missed contributions, services incurred during the period of non-coverage will not be eligible for reimbursement and missed contributions cannot be made up. If you are rehired more than 30 days after termination, you are treated as a new hire and must re-satisfy the Plan eligibility/entry requirements. The new election is subject to the IRS annual max and plan design if less. Services incurred during the period of non-coverage will not be eligible for reimbursement. Any unused reimbursement account balance prior to initial termination of participation will have a separate eligibility period.

If you enroll in the DCAP Component, terminate employment, and are later rehired within 30 days, you are required to immediately rejoin the Plan and be reinstated with the same election as before termination of participation less any missed contributions; resuming your per pay period contribution. Qualifying services incurred during the period of termination would be eligible for reimbursement through the end of the Plan Year but missed contributions cannot be made up. If you are rehired more than 30 days after termination, you will be treated as a new hire and must re-satisfy the Plan eligibility/entry requirements. The new election is subject to the IRS annual max and plan design if less. Qualifying services incurred during the period of termination would be eligible for reimbursement through the end of the Plan Year.

✓ ***What if I lose eligibility and then later regain eligibility during the Plan Year?***

If you enroll in the Health FSA Component, lose eligibility, and later regain eligibility within 30 days, you are required to immediately rejoin the Plan and be reinstated with the same election as before termination of participation; resuming your per pay period contribution. If a period of non-coverage occurs due to missed contributions, services incurred during the period of non-coverage will not be eligible for reimbursement and missed contributions cannot be made up. If you regain eligibility more than 30 days after the loss of eligibility date, you are treated as a new hire and must re-satisfy the Plan eligibility/entry requirements. The new election is subject to the IRS annual max and plan design if less. Services incurred during the period of non-coverage will not be eligible for reimbursement. Any unused reimbursement account balance prior to initial termination of participation will have a separate eligibility period.

If you enroll in the DCAP Component, lose eligibility, and later regain eligibility within 30 days, you are required to immediately rejoin the Plan and be reinstated with the same election as before termination of participation less any missed contributions; resuming your per pay period contribution. Qualifying services incurred during the loss of eligibility period would be eligible for reimbursement through the end of the Plan Year but missed contributions cannot be made up. If you regain eligibility more than 30 days after the loss of eligibility date, you will be treated as a new hire and must re-satisfy the Plan eligibility/entry requirements. The new election is subject to the IRS annual max or plan design if less. Qualifying services incurred during the loss of eligibility period would be eligible for reimbursement through the end of the Plan Year.

All Employees who terminate and are later rehired or lose eligibility and later regain eligibility during the same Plan Year must be treated the same based on when the event occurs.

- If you are rehired or regain eligibility within the same Plan Year as you terminated or lost eligibility, but there is not enough time left in the Plan Year to meet the rehire or regain eligibility rules, you are still required to complete the remaining timeframe of the rehire or regain eligibility rules before entering the new FSA Plan Year.
- If you are rehired or regain eligibility and also experience an intervening event that would permit an election change (as permitted under the Plan), the rehire or regain eligibility rules would be applied first and the election change would follow.
- If you are not rehired or don't regain eligibility within the same Plan Year that you terminated or lost eligibility, you will be treated as a new hire and must meet the eligibility and entry requirements based on your Employer's FSA plan design.

If prior to termination or loss of eligibility, you were eligible and choose to waive FSA participation, your Employer's plan design for rehire and regain eligibility will still apply and will define whether you may make a new election or will be reinstated back to your previous enrollment status of no election. Refer to the above stated rules for guidance.

IV. Component Options

Premium Payment Component

✓ ***What is the Premium Payment Component?***

You will be able to pay for your share of contributions for Group Sponsored Insurance premiums or other qualified benefits with pre-tax dollars, provided you elect this coverage on the applicable enrollment form. Because the share of the contributions that you pay will be with pre-tax funds, you may save both federal income taxes and FICA (Social Security) taxes. In some situations your Employer may fund a portion of the premium.

Eligible Group Sponsored Insurance premiums include the premiums paid for medical and hospitalization insurance, major medical insurance, dental insurance, vision insurance, and/or other qualified benefits under Section 125 made available by the Employer. The insurance may cover you, your spouse, and/or any eligible dependent children. You may not enroll for this benefit if you can be reimbursed for the premium cost by any other source.

Your Employer offers a Health Savings Account (HSA) Benefit under the Plan, which permits eligible Employees to make pre-tax contributions to an HSA that Employees establish and maintain with an HSA trustee/custodian, outside the Plan. The HSA Benefits under the Plan consist solely of the ability to make pre-tax contributions under the Plan. Refer to Section VII Health Saving Accounts for applicable IRS regulations.

✓ ***How are my benefits paid for under the Premium Payment Component?***

If you select Group Sponsored Insurance described above, then you may be required to pay a portion of the contributions. When you complete the enrollment form, if you elect to pay for benefits on a pre-tax basis, you agree to a salary reduction to pay for your share of the cost of coverage (also known as contributions) with pre-tax funds instead of receiving a corresponding amount of your regular pay that would otherwise be subject to taxes. From then on, you must pay a contribution for such coverage by having that portion deducted from each paycheck on a pre-tax basis (generally an equal portion from each paycheck, or an amount otherwise agreed to or as deemed appropriate by the Employer). The Employer may contribute all, some, or no portion of the benefits under the Premium Payment Component that you have selected, as described in documents furnished separately to you.

The Employer will then disburse the premium payment(s) to the applicable carrier(s). This method of payment is sometimes referred to as "Employer Disbursed Premium" (EDP) payments.

Note: This SPD does not describe the Group Sponsored Insurance. Consult the Group Sponsored Insurance plan documents and the separate SPD for the Group Sponsored Insurance.

Health FSA Component

✓ **What is the Health FSA Component?**

You may use a Health FSA to pay for eligible medical care expenses incurred during the Plan Year with pre-tax dollars that have been reduced from your salary, provided you elect this coverage on the applicable enrollment form. Because the share of the contributions that you pay will be with pre-tax funds, you may save both federal income taxes and FICA (Social Security) taxes.

The Health FSA Component is intended to pay benefits solely for medical care expenses not reimbursed elsewhere. Accordingly, the Health FSA Component shall not be considered to be a group health plan for coordination of benefits purposes, and benefits under the Health FSA Component shall not be taken into account when determining benefits payable under any other plan. In the event that an expense is eligible for reimbursement under both the Health FSA Component and an HSA, you may seek reimbursement from either the Health FSA or the HSA, but not both.

✓ **What are my Health FSA Component options?**

A Health FSA Component election may be for one of the following:

- (a) General-Purpose Health FSA Option;
- (b) Limited-Scope Health FSA Option (Vision/Dental Care, excluding Preventive Care); or
- (c) Limited-Purpose Health FSA Option (Vision/Dental/Preventive Care).

Refer to Section II – Your Plan at a Glance to determine the options available to you under your Employers' Plan.

HSA Benefits cannot be elected with the Health FSA Component unless the Limited-Purpose Health FSA Option is available and selected.

✓ **What are my Health FSA accounts?**

Once you elect to participate in one of the Health FSA Component options, then an account will be set up in your name to keep a record of the reimbursements that you are entitled to, as well as the contributions that you elected to have reduced from your salary or wages. Your Health FSA accounts are recordkeeping accounts and do not bear interest.

Your salary reductions will be deposited into a Health Related Expense (HRE) Account, a Limited-Scope Health FSA (LSFSA) Account or a Limited-Purpose Health FSA (LFSA) Account from which funds will be withdrawn to reimburse you for eligible medical care expenses incurred by you and your eligible family members under one of the Health FSA Component options.

✓ **What are the benefits that I may elect under the Health FSA Component?**

The maximum salary reduction you can elect under the General-Purpose Health FSA Option is \$2,750 with a minimum salary reduction of \$0. The maximum salary reduction you can elect under the Limited-Scope Health FSA Option is Not Available with a minimum salary reduction of Not Available. The maximum salary reduction you can elect under the Limited-Purpose Health FSA Option is \$2,750 with a minimum salary reduction of \$0. Mid-year hires and election changes due to a qualifying event, as allowed under the component, will be pro-rated. The maximum pay period contribution cannot exceed the annual IRS limit divided by the number of pay periods in the Plan Year.

✓ **How are my benefits paid for under the Health FSA Component?**

When you complete the enrollment form, you specify the amount of benefits that you wish to pay for with your salary reduction. From then on, you must pay a contribution for such coverage by having that portion deducted from each paycheck on a pre-tax basis (generally an equal portion from each paycheck or an amount otherwise agreed to or as deemed appropriate by the Employer). For example, suppose you have elected a salary reduction of \$1,300 for medical care expenses and that you have chosen no other benefits under the Plan. If you pay all of your contributions, then your Account would be credited with a total of \$1,300 during the Plan Year. If you are paid bi-weekly, then your Account would reflect that you have paid \$50.00 (\$1,300 divided by 26) each pay period in contributions for the benefits that you have elected.

✓ **What medical care expenses may be reimbursed?**

The Health FSA Component cannot reimburse you for any expenses that have been reimbursed by any other plan or source and you cannot claim a tax deduction for any expenses reimbursed under the Plan. The eligible medical care expenses vary according to the type of Health FSA Component option that is elected, as described below.

- (a) **General-Purpose Health FSA Option.** For purposes of this Option, "Medical Care Expense" means expenses incurred by you, your Spouse, or your Dependents for "medical care" as defined in Code §213(d). Over-the-counter (OTC) medicines or drugs such as aspirin, antihistamines, and cough syrup qualify as medical care expenses. In addition, as described above, only reasonable quantities of OTC drugs will be reimbursed from your HRE Account in a single calendar month. Stockpiling is not permitted.

The following list specifies certain expenses that are not reimbursable, even if they meet the definition of medical care under Code §213(d) and may otherwise be reimbursable under regulations governing Health FSAs. Note that many expenses that are not on the list of exclusions below will still not be reimbursable if such expenses do not meet the definition of medical care under Code §213(d) and other requirements for reimbursement under the Health FSA.

EXCLUSIONS:

- Premiums for other health coverage, including but not limited to premiums for any other plan (whether or not sponsored by the Employer).
- Long-term care services.
- Cosmetic surgery or other similar procedures, unless the surgery or procedure is necessary to ameliorate a deformity arising from, or directly related to, a congenital abnormality, a personal injury resulting from an accident or trauma, or a disfiguring disease. "Cosmetic surgery" means any procedure that is directed at improving the patient's appearance and does not meaningfully promote the proper function of the body or prevent or treat illness or disease.
- The salary expense of a nurse to care for a healthy newborn at home.
- Funeral and burial expenses.
- Household and domestic help (even if recommended by a qualified physician due to an Employee's or Dependent's inability to perform physical housework).
- Custodial care.
- Costs for sending a child to a special school for benefits that the child may receive from the course of study and disciplinary methods.

- Social activities, such as dance lessons (even if recommended by a physician for general health improvement).
- Bottled water.
- Cosmetics, toiletries, toothpaste, etc.
- Uniforms or special clothing, such as maternity clothing.
- Automobile insurance premiums.
- Marijuana and other controlled substances that are in violation of federal laws, even if prescribed by a physician.
- Any item that does not constitute "medical care" as defined under Code §213(d).
- Any item that is not reimbursable due to the rules in Prop. Treas. Reg. §1.125-5(k)(4) or other applicable law or regulations.

For more information about what items are-and are not-medical care expenses, consult IRS Publication 502 (Medical and Dental Expenses) under the headings "What Medical Expenses Are Includible?" and "What Expenses Are Not Includible?" But use IRS Publication 502 with caution, because it was meant only to help taxpayers figure out what medical expenses can be deducted on the Form 1040 Schedule A (i.e., to figure out their tax deductions), not what is reimbursable under a Health FSA. In fact, some statements in IRS Publication 502 aren't correct when determining whether that same expense is reimbursable from a Health FSA. This is because there are several fundamental differences between what is deductible as medical care (under Code §§213(a) and 213(b)) and what is reimbursable as medical care under a Health FSA (under Code §213(d)). Not all expenses that are deductible are reimbursable under a Health FSA. For example, health insurance premiums, founders' fees, lifetime care, long-term contracts, and long-term care services are listed as deductible expenses in Publication 502, but generally they cannot be reimbursed from a Health FSA. And not all expenses that are reimbursable under a Health FSA are deductible. For example, Health FSAs may reimburse OTC drugs if they qualify as medical care under Code §213(d), but they are still not deductible under Code §§213(a) and 213(b).

Ask the Employer or PSA if you need further information about which expenses are-and are not-likely to be reimbursable, but remember that the Employer and PSA are not providing legal advice.

(b) Limited-Scope Health FSA Option (Vision/Dental Care, excluding Preventive Care).

You may be eligible to make/receive tax-favored contributions to the Limited-Scope Health FSA Option and participate in a Health FSA Component if the Health FSA reimbursement is limited to the medical care expenses listed below:

- Services or treatments for dental care (excluding premiums); or
- Services or treatments for vision care (excluding premiums).

(c) Limited-Purpose Health FSA Option (Vision/Dental/Preventive Care).

The Limited-Purpose Health FSA will not reimburse medical care expenses that would disqualify an individual from contributing to an HSA. According to rules in Code §223 (applicable to HSAs), you will not be able to make/receive tax-favored contributions to your HSA if you participate in a Health FSA that reimburses medical care expenses as described under the General-Purpose Health FSA Option (see subsection (a) above). You may, however, be eligible to make/receive tax-favored contributions to an HSA and participate in a Health FSA Component if the Health FSA reimbursement is limited to the medical care expenses listed below:

- Services or treatments for dental care (excluding premiums);
- Services or treatments for vision care (excluding premiums); or
- Services or treatments for "preventive care." Preventive care is defined in accordance with applicable rules and regulations under Code §223(c)(2)(C). This may include prescribed drugs to the extent that such drugs are taken by an eligible individual (1) to delay or prevent the onset of symptoms of a condition for which symptoms have not yet manifested themselves (i.e., the eligible individual is asymptomatic); (2) to prevent the recurrence of a condition from which the eligible individual has recovered; or (3) as part of a preventive care treatment program (e.g., a smoking-cessation or weight-loss program). Preventive care does not include services or treatments that treat an existing condition.

✓ ***What amounts will be available from the HRE, LSFSA, or LFSA Account at any particular time during the Plan Year?***

The full amount of Health FSA coverage that you have elected (reduced by prior reimbursements made during the same Plan Year) will be available to reimburse you for qualifying medical care expenses incurred during the Plan Year, regardless of the amount that you have contributed when you submitted the claim (so long as you have continued to pay the contributions). This is known as the "Uniform Coverage" rule.

✓ ***Is there any risk of losing or forfeiting the amounts that I elect?***

Yes. The difference between what you elected and the medical care expenses that were reimbursed will be forfeited at the end of the time limits. You should read the Plan in its entirety before electing to participate in the Plan.

✓ ***Does COBRA apply to my Health FSA?***

Health FSA COBRA continuation coverage will be available if the Employer normally employed 20 or more Employees on a typical business day during 50% or more of the preceding calendar year. The COBRA Administrator shall provide notice to the Participant of his or her right to continuation coverage and shall administer continuation coverage hereunder in accordance with applicable law and regulations.

Employers subject to COBRA must offer Health FSA COBRA coverage to qualified beneficiaries who lose their Health FSA coverage as the result of a qualifying event when the account is underspent (taking into account all claims submitted and deductions due before the date of the qualifying event). An Employer is not required to offer COBRA when accounts are overspent, but may choose to do so in a uniform manner.

The type of COBRA continuation obligation depends on whether the Health FSA is considered to be a qualifying Health FSA.

- If the Health FSA is a qualifying Health FSA, COBRA continuation coverage must be offered to all qualified beneficiaries but is subject to special limitations. This is called Special Limited COBRA continuation. If the Special Limited COBRA continuation is elected for the Health FSA, it will be available only for the Plan Year in which the qualifying event occurs, with coverage for the Health FSA ceasing at the end of the Plan Year, and no ability to re-enroll with a new election for the next Plan Year. In the event the qualified beneficiary experiences a secondary qualifying event, the COBRA continuation period may not be extended.
- If the Health FSA is not a qualifying Health FSA, COBRA continuation coverage must be offered to all qualified beneficiaries for the maximum COBRA period which includes the

rest of the Plan Year in which the qualifying event occurred, and, until the maximum COBRA period expires. Qualified beneficiaries may re-enroll for subsequent plan years during open enrollment with a new election. In addition, in the event the qualified beneficiary experiences a secondary qualifying event, the COBRA continuation period may be extended.

Regardless if the Health FSA is considered qualifying or not, if the Grace Period applies to the Health FSA, the Grace Period would also apply to Participants who are receiving coverage under the Health FSA at the end of the Plan Year.

A Participant who elects Health FSA COBRA continuation coverage will generally pay for coverage with after-tax dollars by writing a check to his or her Employer each month. However, an agreement can be made with the Employer to make payments with pre-tax dollars to his or her Employer, generally on a monthly basis but only through the end of the Plan Year in which the qualifying event occurred.

✓ ***Can I continue my Health FSA coverage without electing COBRA?***

Yes. You can elect to have a final pre-tax final paycheck salary reduction withheld. In the alternative, you may elect to pay on an after-tax basis any remaining contributions for the Plan Year. The Premium Completion Agreement extends eligibility to incur qualified health related expenses. This agreement is referred to as a Premium Completion Agreement. In the event the Employee terminates employment or otherwise ceases to be an eligible Employee, then the Employer can require the Employee to waive his or her COBRA rights with respect to the Health FSA as a condition to electing the voluntary Premium Completion Agreement to cover the Health FSA premium for the balance for the current Plan Year.

If the Grace Period applies to the Health FSA, the Grace Period would also apply to Participants who are receiving coverage under the Health FSA at the end of the Plan Year.

DCAP Component

✓ **What is the DCAP Component?**

You may use the DCAP Component to pay for eligible dependent care expenses incurred during the Plan Year with pre-tax dollars that have been reduced from your salary, provided you elect this coverage on the applicable enrollment form. Because the share of the contributions that you pay will be with pre-tax funds, you may save both federal income taxes and FICA (Social Security) taxes.

The DCAP Component is intended to pay benefits solely for dependent care expenses not reimbursed elsewhere. Eligible dependent expenses might include: infant care, daycare, elder care etc. You may receive reimbursements under this component only if the dependent care is necessary to enable you and your spouse to work or seek employment, or if you work and your spouse is a student or is disabled. The dependent must reside with you more than half the year for the expenses with respect to that dependent to be eligible for reimbursement under this portion of the DCAP Component.

✓ **What is my DCE Account?**

Once you elect to participate in the DCAP Component, then an account will be set up in your name to keep a record of the reimbursements that you are entitled to, as well as the contributions that you elected to have reduced from your salary or wages. The account is a recordkeeping account and does not bear interest.

Your salary reductions will be deposited into a Dependent Care Expense (DCE) Account from which funds will be withdrawn to reimburse you for eligible dependent care expenses incurred by you.

✓ **What are the benefits that I may elect under the DCAP Component?**

The maximum salary reduction you can elect under the DCAP Component is \$5,000 with a minimum salary reduction of \$0. Mid-year hires and election changes due to a qualifying event, as allowed under the component, will be pro-rated. The maximum pay period contribution cannot exceed the annual IRS limit divided by the number of pay periods in the Plan Year.

The amount of dependent care expense reimbursement that you choose cannot exceed \$5,000 for a calendar year or, if lower, the maximum amount that you have reason to believe will be excludable from your income under Code §129 when your election is made. The \$5,000 maximum will apply to you if:

- you are married and file a joint federal income tax return;
- you are married and file a separate federal income tax return, and meet the following conditions: (1) you maintain as your home a household that constitutes (for more than half of the taxable year) the principal place of abode of a Qualifying Individual (i.e., the Dependent for whom you are eligible to receive reimbursements under the DCAP); (2) you furnish over half of the cost of maintaining the household during the taxable year; and (3) during the last six months of the taxable year, your Spouse is not a member of the household; or
- you are single or the head of the household for federal income tax purposes.

If you are married and file a separate federal income tax return under circumstances other than those described above, then the maximum DCAP benefit that you may exclude from your income under Code §129 is \$2,500 for a calendar year.

These maximums (\$5,000 or \$2,500 for a calendar year, as applicable) are just the largest amount that is possible; the maximum amount that you are able to exclude from your income may be less because of other limitations (for example, note that you cannot exclude more than the amount of your or your Spouse's earned income for the calendar year).

✓ ***How are my benefits paid for under the DCAP Component?***

When you complete the enrollment form, you specify the amount of DCAP benefits that you wish to pay with your salary reduction. From then on, you must pay a contribution for such coverage by having that portion deducted from each paycheck on a pre-tax basis (generally an equal portion from each paycheck or an amount otherwise agreed to or as deemed appropriate by the Employer). For example, suppose you have elected a salary reduction of \$2,600 for dependent care expenses and that you have chosen no other benefits under the Plan. If you pay all of your contributions, then your DCE Account would be credited with a total of \$2,600 during the Plan Year. If you are paid bi-weekly, then your DCE Account would reflect that you have paid \$100.00 (\$2,600 divided by 26) each pay period in contributions for the benefits that you have elected.

✓ ***What dependent care expenses may be reimbursed?***

Dependent care expenses means employment-related expenses incurred on behalf of a person who meets the requirements to be a qualifying individual, as defined below. All of the following conditions must be met for such expenses to qualify as dependent care expenses that are eligible for reimbursement:

- Each person for whom you incur the expenses must be a qualifying individual, that is, he or she must be:
 - a person under age 13 who is your "qualifying child" under the Code (in general, the person must: (1) have the same principal abode as you for more than half the year; (2) be your child or stepchild (by blood or adoption), foster child, sibling or stepsibling, or a descendant of one of them; and (3) not provide more than half of his or her own support for the year);
 - your spouse who is physically or mentally incapable of caring for himself or herself and has the same principal place of abode as you for more than half of the year; or
 - a person who is physically or mentally incapable of caring for himself or herself, has the same principal place of abode as you for more than half of the year, and is your tax dependent under the Code (for this purpose, status as a tax dependent is determined without regard to the gross income limitation for a "qualifying relative" and certain other provisions of the Code's definition).

NOTE: Under a special rule for children of divorced or separated parents, a child is a qualifying individual with respect to the custodial parent when the noncustodial parent is entitled to claim the dependency exemption for the child. See the Employer for more information on which individuals will qualify as your qualifying individuals.

- No reimbursement will be made to the extent that such reimbursement would exceed the balance in your DCE Account.
- The expenses are incurred for services rendered after the date of your election to receive DCAP benefits and during the Plan Year to which the election applies.
- The expenses are incurred in order to enable you (and your spouse, if you are married) to be gainfully employed, which generally means working or looking for work. There is an

exception: If your spouse is not working or looking for work when the expenses are incurred, he or she must be a full-time student or be physically or mentally incapable of self-care. The expenses can also be incurred while you are working and your Spouse is sleeping (or vice versa), if one of you works during the day and the other works at night and sleeps during the day.

- The expenses are incurred for the care of a qualifying individual or for household services attributable in part to the care of a qualifying individual.
- If the expenses are incurred for services outside of your household for the care of a qualifying individual other than a person under age 13 who is your qualifying child, then the qualifying individual must regularly spend at least eight hours per day in your household.
- If the expenses are incurred for services provided by a dependent care center (that is, a facility that provides care for more than six individuals not residing at the facility), the center complies with all applicable state and local laws and regulations.
- The person who provided care was not your spouse, a parent of your under-age-13 qualifying child (e.g., a former spouse who is the child's noncustodial parent), or a person for whom you (or your spouse) are entitled to a personal exemption under Code §151(c). If your child provided the care, then he or she must be age 19 or older at the end of the year in which the expenses are incurred.
- The expenses are not paid for services outside of your household at a camp where the qualifying individual stays overnight.
- The expenses can be for any of the following (assuming that the other requirements for reimbursement are met):
 - expenses for a day camp or a similar program to care for a Qualifying Individual, even if the camp specializes in a particular activity (e.g., soccer or computers), but excluding any separate equipment or similar charges (note that summer school and tutoring program expenses don't qualify because they are considered to be primarily for education rather than for care);
 - the cost of a Qualifying Individual's transportation to or from a place where care is provided, if furnished by a dependent care provider; and
 - expenses such as application fees, agency fees, and deposits that relate to but are not directly for a Qualifying Individual's care, if you must pay the expenses in order to obtain the related care (expenses of this type cannot be reimbursed unless and until the related care is provided-e.g., a deposit that is forfeited because you decide to send your child to a different dependent care provider is not eligible for reimbursement).

For more information about what items are-and are not-deductible dependent care expenses, consult IRS Publication 503 (Child and Dependent Care Expenses) under the heading "Tests to Claim the Credit." But use Publication 503 with caution, because it was meant only to help taxpayers figure out whether they can claim the household and dependent care services tax credit under Code §21 (the Dependent Care Tax Credit, discussed below), not to explain what is reimbursable under a DCAP. In fact, some of the statements in Publication 503 aren't correct when determining whether that same expense is reimbursable under your DCAP. This is because there are several fundamental differences between what expenses qualify for the Dependent Care Tax Credit and what expenses are reimbursable under a DCAP. Not all expenses that qualify for the Dependent Care Tax Credit are reimbursable under a DCAP. For example, for an expense to qualify for the Dependent Care Tax Credit in a given year, it must have been paid during that year, but to be reimbursed from the DCAP, the expense must have been incurred during the Plan Year for which reimbursement is sought.

Ask the Employer or PSA if you need further information about which expenses are-and are not-likely to be reimbursable, but remember that the Employer and PSA are not providing legal advice.

✓ ***What amounts will be available from the DCE Account at any particular time during the Plan Year?***

The amount of coverage that is available for reimbursement of qualifying dependent care expenses at any particular time during the Plan Year will be equal to the amount credited to your DCE Account at the time your claim is paid, reduced by the amount of any prior reimbursements paid to you during the Plan Year. For example, suppose that you incur \$1,500 of dependent care expenses. At that time, your DCE Account would only have been credited with \$700 (\$100 times 7 pay periods), so only \$700 would be available for reimbursement (assuming that you had not received any prior reimbursements). The remaining \$800 in dependent care expenses would be held as a pending claim until additional contributions are credited to your DCE Account.

✓ ***Is there any risk of losing or forfeiting the amounts that I elect?***

Yes. The difference between what you elected and the dependent care expenses that were reimbursed will be forfeited at the end of the time limits. You should read the Plan in its entirety before electing to participate in the Plan.

✓ ***Can I continue DCAP coverage after terminating employment?***

When you cease to be a Participant under the DCAP Component, your salary reductions and election to participate will terminate. However, you will be able to receive reimbursements for qualifying dependent care expenses incurred during the period of coverage following termination through the end of the Plan Year.

V. Administrative Provisions

Funding and Type of Plan Administration

The Employer is the Plan Administrator for the Plan in accordance with ERISA §3(16)(a). The Plan is intended to qualify as a “cafeteria plan” under Code §125. The Employer’s failure to enforce any provision of the Plan shall not affect its right to later enforce that provision or any other provision of the Plan.

The Employer has retained PacificSource Administrators, Inc. (PSA) to act as the Third Party Administrator and provide certain administrative services associated with the Plan. PSA is not a fiduciary of the Plan. PSA has **no** discretionary authority to interpret the Plan provisions or issues arising under the Plan, such as issues of eligibility, coverage, and benefits. PSA is not an “administrator” as defined in ERISA §3(16)(a).

Nothing herein will be construed to require the Employer or PSA to maintain any fund or to segregate any amount for the benefit of any Participant, and no Participant or other person shall have any claim against, right to, or security or other interest in any fund, account, or asset of the Employer from which any payment under this Plan may be made. There is no trust or other fund from which benefits are paid. While the Employer has complete responsibility for the payment of benefits out of its general assets (except for Premium Payment benefits paid as provided in the applicable insurance policy), it may hire an unrelated third-party paying agent to make benefit payments on its behalf.

You must make all elections about the use of the Plan before your entry date into the Plan. If you elect to pay for benefits on a pre-tax basis, you agree to a salary reduction to pay for your share of the cost of coverage (also known as contributions) with pre-tax funds instead of receiving a corresponding amount of your regular pay that would otherwise be subject to taxes. From then on, you must pay contributions for such coverage by having that portion deducted from each paycheck on a pre-tax basis (generally an equal portion from each paycheck, or an amount otherwise agreed to or as deemed appropriate by the Employer). The amount reduced from your salary or wages cannot exceed the amount of your annual salary or wages.

Only expenses incurred on or after your entry date and prior to the end of the Plans period of coverage are eligible for payment. Your period of coverage is generally the same as the Plans period of coverage but if you begin or end eligibility in the middle of the Plan Year, your period of coverage is the portion of the Plan Year during which you were eligible in the Plan. An expense is incurred on the date a service is provided or rendered and not on the date that the service is billed or paid. You may submit claims incurred during your “period of coverage” for 90 days after the Plans period of coverage. Claims submitted beyond this run-out period are ineligible for reimbursement.

For purposes of the Group Sponsored Insurance, the terms Spouse and Dependent are defined as provided in the Group Sponsored Insurance. For purposes of the other benefits, Spouse means a person of the same or opposite sex who is treated as a spouse for federal tax purposes. For purposes of the Health FSA, Dependent means (a) your son, daughter, stepchild, legally adopted child, or eligible foster child who has not attained age 27 (e.g. end of the year in which the child turns 26) as of the end of the calendar year; and (b) your tax dependent under the Code except that an individual's status as a Dependent is determined without regard to the gross income limitation for a qualifying relative and certain other provisions of the Code's

definition. See the Employer for more information about which individuals will qualify as your Spouse or Dependents.

You and individuals who qualify as your dependents may receive benefits under the Plan. An individual may qualify as your dependent for purposes of this Plan even if that individual is not your tax dependent. An individual who would qualify as your tax dependent but has gross income in excess of the exemption amount, is a dependent of a dependent, or is married and files a joint tax return with his or her spouse, will be considered your dependent for purposes of this Plan. This may include the Participant's children, grandchildren, stepchildren, parents, in-laws, or any other person (other than the Participant's spouse) whose principal place of abode is the home of the Participant and who is a member of the Participant's household. For purposes of the DCAP Component, a dependent must reside with you for more than half of the year for expenses with respect to that dependent to be eligible for reimbursement under that portion of the Plan.

Election Changes

✓ ***Can I change my elections under the Plan during the Plan Year?***

As a general rule, your elections for the Plan Year are irrevocable for the balance of the year. However, certain exceptions apply which may allow you to revoke your election and make a new election. If you wish to change your election based on a change in status, you must establish that the revocation is on account of and corresponds with the change in status. The Employer, in its sole discretion and on a uniform and consistent basis, shall determine whether a requested change is on account of and corresponds with a change in status. As a general rule, a desired election change will be found to be consistent with a change in status event if the event affects coverage eligibility.

Accounts subject to the Uniform Coverage rule (Health FSA) can be excluded. Specific to your Plan design, benefit changes can be made as indicated below:

- Increases and Decreases to the Group Sponsored Insurance premiums (if permitted by insurance carrier) shall automatically result in a corresponding election change to the Premium Payment Component
- No Changes can be permitted to the HRE, LSFSA, or LFSA Account
- Both Increases and Decreases can be permitted to the DCE Account

If the Plan allows you to make reductions to your Health FSA coverage, your reduction cannot result in your contributions for the year being less than the amount for which you have already been reimbursed. For example, assume that you elected to contribute \$100 per month to the Health FSA and in the second month you were reimbursed for expenses in the amount of \$700. If a change in status event occurs in the third month that allows you to change coverage, your future contributions to the Health FSA cannot be reduced to a point where the total contributions for the Plan Year are less than the \$700 already reimbursed for the Plan Year.

✓ ***When can I change my elections under the Plan during the Plan Year?***

If any change in election event occurs, you must inform the Employer and complete a Status Change Form within 30 days after the occurrence (or within 60 days after the occurrence in the case of a special enrollment right due to loss of eligibility for Medicaid or state children's health insurance program coverage, or eligibility for a state premium assistance subsidy from a Medicaid plan or through a state children's health insurance program with respect to coverage

under the Medical Insurance Plan). If the change involves a loss of your spouse's or dependent's eligibility for medical insurance benefits, then changes made to your Group Sponsored Insurance Plan will be deemed effective as of the date that eligibility is lost due to the occurrence of the Change in Election Event, even if you do not request it within 30 days.

- **Leaves of Absence (Applies to all Components of this Plan).** You may change an election under the Plan upon FMLA and non-FMLA leave only as described in Section V Administrative Provisions – Family and Medical Leave Act.
- **A Change in Status (Applies to all Components as Limited Below).** The Plan allows you to make a mid-year plan change or revocation of a benefit election if the change or revocation is consistent with a change in status. In this regard, a change in status is any of the following:
 - An event that changes your legal marital status, including marriage, death of a Spouse, legal separation, or annulment;
 - An event that changes the number of your Dependents, including by reason of birth, adoption, placement for adoption, or death of a Dependent;
 - Any of the following events that change the employment status of you, your Spouse, or your Dependent and that affect benefits eligibility under a cafeteria plan (including this Plan) or other employee benefit plan of you, your Spouse, or your Dependents. Such events include any of the following changes in employment status: termination or commencement of employment; a strike or lockout; a commencement of or return from an unpaid leave of absence; a change in worksite; switching from salaried to hourly-paid, union to non-union, or full-time to part-time (or vice versa); incurring a reduction or increase in hours of employment; or any other similar change that makes the individual become (or cease to be) eligible for a particular employee benefit;
 - An event that causes your Dependent to satisfy or cease to satisfy an eligibility requirement for a particular benefit (such as attaining a specific age, ceasing to be a student, or a similar circumstance); or
 - A change in your, your Spouse's, or your Dependent's place of residence.
- **Change in Status-Other Requirements (Applies to Premium Payment, Health FSA (as limited below), and DCAP Components).** Generally, a revocation or change of your election is consistent with a change in status only if it is on account of and corresponds to a change in status that affects eligibility under an Employer's benefit plan. For example, if your Spouse terminates employment and loses healthcare coverage under the former Employer's benefit plan as a result, then that is a change in status affecting eligibility for healthcare coverage; if you then add your Spouse under the Employer's benefit plan, you could modify your election under the Premium Payment Component to pay for the increase in premiums under this Plan. An election change under the DCAP Component is consistent with a change in status if the election change is on account of and corresponds with a change in status that affects dependent care expenses.

In addition, you must satisfy the following specific requirements in order to alter your election based on that change in status:

- **Loss of Spouse or Dependent Eligibility; Special COBRA Rules.** A special rule governs which types of election changes are consistent with the change in status. If you, your spouse, or dependent gains or loses coverage due to a COBRA qualifying event, you may change your election under the Premium Payment Component and Health FSA Component to pay for the continuation of coverage on a pre-tax basis or to reduce your election for the corresponding loss of coverage. See your Employer for more information.

Example: Employee Mike is married to Sharon, and they have one child. The Employer offers a calendar-year cafeteria plan that allows Employees to elect any of the following: no medical coverage, employee-only coverage, employee-plus-one-dependent coverage, or family coverage. Before the plan year, Mike elects family coverage for himself, his wife Sharon, and their child. Mike and Sharon subsequently divorce during the plan year; Sharon loses eligibility for coverage under the plan, while the child is still eligible for coverage under the plan. Mike now wishes to revoke his previous election and elect no medical coverage. The divorce between Mike and Sharon constitutes a change in status. An election to cancel medical coverage for Sharon is consistent with this change in status. However, an election to cancel coverage for Mike and/or the child is not consistent with this change in status. In contrast, an election to change to employee-plus-one-dependent coverage would be consistent with this change in status.

- **Gain of Coverage Eligibility Under Another Employer's Plan.** For a change in status in which you, your Spouse, or your Dependent gains eligibility for coverage under another Employer's cafeteria plan (or qualified benefit plan) as a result of a change in your marital status or a change in your, your Spouse's, or your Dependent's employment status, your election to cease or decrease coverage for that individual under the Plan would correspond with that change in status only if coverage for that individual becomes effective or is increased under the other Employer's plan.
- **DCAP Component.** With respect to the DCAP Component, you may change or terminate your election with respect to a change in status event only if (a) such change or termination is made on account of and conforms with a change in status that affects eligibility for coverage under the DCAP; or (b) your election change is on account of and conforms with a change in status that affects the eligibility of dependent care expenses for the available tax exclusion.

Example: Employee Mike is married to Sharon, and they have a 12-year-old daughter. The Employer's plan offers a DCAP as part of its cafeteria plan. Mike elects to reduce his salary by \$2,000 during a plan year to fund dependent care coverage for his daughter. In the middle of the Plan Year when the daughter turns 13 years old, however, she is no longer eligible to participate in the DCAP. This event constitutes a change in status. Mike's election to cancel coverage under the DCAP would be consistent with this change in status.

- **Special Enrollment Rights (Applies Only to Premium Payment Component for the Medical Insurance Plan).** In certain circumstances, enrollment for Medical Insurance Benefits may occur outside the Open Enrollment Period. The Employer's Special Enrollment Notice also contains important information about your special enrollment rights. When a special enrollment right applies to your Medical Insurance Benefits, you may change your election under this Plan to correspond with the special enrollment right set forth in Section 9801(f) of the Internal Revenue Code. In brief, those rights provide that if you lose other healthcare plan coverage under certain circumstances, marry, or obtain an additional child through birth or adoption, you may be able to change your healthcare plan elections and make a corresponding change to your elections under this Plan. If you would like to do so, you should contact the Employer as soon as possible after the event occurs, within 30 days of that event.
- **Certain Judgments, Decrees, and Orders (Applies to Premium Payment, and Health FSA Components, but Not to DCAP Component).** If a judgment, decree, or order from a divorce, separation, annulment, or custody change requires your child (including a foster child who is your Dependent) to be covered under the Group Sponsored Insurance or Health FSA, you may change your election to provide coverage for the child. If the order requires that another individual (such as your former Spouse) cover the child, then you may change your election to revoke coverage for the child, provided that such coverage is, in fact, provided for the child.
- **Medicare and Medicaid (Applies to Premium Payment, and Health FSA Components as Limited Below, but Not to DCAP Component).** If you, your Spouse, or your Dependent becomes entitled to (i.e., becomes enrolled in) Medicare or Medicaid, then you may reduce or cancel that person's accident or health coverage under the Group Sponsored Insurance and/or your Health FSA may be canceled completely but not reduced. Similarly, if you, your Spouse, or your Dependent who has been entitled to Medicare or Medicaid loses eligibility for such coverage, then you may elect to commence or increase that person's accident or health coverage (here, Group Sponsored Insurance and/or your Health FSA, as applicable).
- **Change in Cost (Applies to Premium Payment, and DCAP Components as Limited Below, but Not to Health FSA Component).** If the cost charged to you for your Group Sponsored Insurance or dependent care expenses significantly increases during the Plan Year, then you may choose to do any of the following:

 - make a corresponding increase in your contributions;
 - revoke your election and receive coverage under another benefit package option (if any) that provides similar coverage, or elect similar coverage under the plan of your Spouse's employer;
 - drop your coverage, but only if no other benefit package option provides similar coverage.

For these purposes, the Health FSA is not similar coverage with respect to the Group Sponsored Insurance; an HMO and a PPO are considered to be similar coverage; and coverage under another employer plan, such as the plan of a Spouse's or Dependent's employer, may be treated as similar coverage if it otherwise meets the requirements of

similar coverage. If the cost of Group Sponsored Insurance or dependent care expenses significantly decreases during the Plan Year, then the Employer may permit the following election changes:

- if you are enrolled in the benefit package option that has decreased in cost, you may make a corresponding decrease in your contributions;
- if you are enrolled in another benefit package option, you may change your election on a prospective basis to elect the benefit package option that has decreased in cost; or
- if you are otherwise eligible, you may elect the benefit package option that has decreased in cost on a prospective basis, subject to the terms and limitations of the benefit package option.

For insignificant increases or decreases in the cost of benefits, however, the Employer will automatically adjust your election contributions to reflect the minor change in cost.

The Employer generally will notify you of increases or decreases in the cost of Group Sponsored Insurance; you must notify the Employer of increases or decreases in the cost of dependent care expenses if you want to make changes. The change in cost provision applies to DCAP Component only if the cost change is imposed by a dependent care provider who is not your relative.

- **Change in Coverage (Applies to Premium Payment, and DCAP Components, but Not to Health FSA Component).**

You may also change your election if one of the following events occurs:

- **Significant Curtailment of Coverage.** If your Group Sponsored Insurance or DCAP coverage is significantly curtailed without a loss of coverage (for example, when there is an increase in the deductible under the Medical Insurance Benefits), then you may revoke your election for that coverage and elect coverage under another benefit package option that provides similar coverage. (Coverage under a plan is significantly curtailed only if there is an overall reduction of coverage under the plan generally-loss of one particular physician in a network does not constitute significant curtailment.) If your Group Sponsored Insurance or DCAP coverage is significantly curtailed with a loss of coverage (for example, if you lose all coverage under the option by reason of an overall lifetime or annual limitation), then you may either revoke your election and elect coverage under another benefit package option that provides similar coverage, elect similar coverage under the plan of your Spouse's employer, or drop coverage, but only if there is no option available under the plan that provides similar coverage. (The Employer generally will notify you of significant curtailments in Group Sponsored Insurance; you must notify the Employer of significant curtailments in DCAP coverage if you want to make changes.)
- **Addition or Significant Improvement of Salary Reduction Plan Option.** If the Plan adds a new option or significantly improves an existing option, then the Employer may permit Participants who are enrolled in an option other than the new or improved option to elect the new or improved option. Also, the Employer may permit eligible Employees to elect the new or improved option on a

prospective basis, subject to limitations imposed by the applicable option.

- **Loss of Other Group Health Coverage.** You may change your election to add group health coverage for you, your Spouse, or your Dependent, if any of you loses coverage under any group health coverage sponsored by a governmental or educational institution (for example, a state children's health insurance program or certain Indian tribal programs).
- **Change in Election Under Another Employer Plan.** You may make an election change that is on account of and corresponds with a change made under another employer plan (including a plan of the Employer or a plan of your Spouse's or Dependent's employer), so long as (a) the other cafeteria plan or qualified benefits plan permits its participants to make an election change permitted under the IRS regulations; or (b) the Salary Reduction Plan permits you to make an election for a period of coverage (for example, the Plan Year) that is different from the period of coverage under the other cafeteria plan or qualified benefits plan, which it does. For example, if an election to drop coverage is made by your Spouse during his or her employer's open enrollment, you may add coverage under this Plan to replace the dropped coverage.
- **DCAP Coverage Changes.** You may make a prospective election change that is on account of and corresponds with a change by your dependent care service provider. For example: (a) if you terminate one dependent care service provider and hire a new dependent care service provider, then you may change coverage to reflect the cost of the new service provider; and (b) if you terminate a dependent care service provider because a relative becomes available to take care of the child at no charge, then you may cancel coverage.
- **Mid-Year Election Changes for Health Coverage (Applies only to Premium Payment Component)**
Employer will default to not allow Employees to revoke their election under their Premium Payment Component if they meet the conditions specified under "Reduction in hours in service" or "Enrollment in a Qualified Health Plan".

✓ **Other than the reasons above, when could my elections change?**

You may also change your election if one of the following events occurs:

- **Error at time of Enrollment.** If a mistake is made as to your eligibility or participation, the allocations made to your account, or the amount of benefits to be paid to you or another person, then the Employer shall, to the extent that it deems administratively possible and otherwise permissible under the Code and other applicable law, allocate, withhold, accelerate, or otherwise adjust such amounts as will in its judgment accord the credits to the account or distributions to which you are or such other person is properly entitled under the Plan. Such action by the Employer may include withholding of any amounts due from your compensation.
- **Highly Compensated and/or a Key Employee.** If you are a Highly Compensated Employee or a Key Employee as defined by the IRS, the amount of your contributions and benefits may be limited so that the Plan as a whole does not unfairly favor those who are highly paid. Congress has intended this Plan to be available to all classes of

Employees and not to be considered top-heavy in participation.

Plan experience will dictate whether contribution limitations on Highly Compensated or Key Employees will apply. Employees will be notified of these limitations if affected. Your Employer may also reduce your salary reductions (and increase your taxable regular pay) during the Plan Year if you are a Highly Compensated and/or Key Employee as defined by the Internal Revenue Code ("the Code"), if necessary to prevent the Plan from becoming discriminatory within the meaning of the federal income tax law.

Family and Medical Leave Act (if applicable)

✓ **What is the Impact of the Family and Medical Leave Act (FMLA)?**

Notwithstanding any other provision in this Plan, the Employer may (a) permit you to revoke (and subsequently reinstate) your election of one or more benefit coverage's under the Plan, (b) adjust your compensation reduction as a result of a revocation or reinstatement and (c) permit payment of your share of the cost of benefit coverage during an unpaid leave with after-tax dollars (or pay for benefits under another arrangement such as pre-paying the benefits with pre-tax dollars prior to the leave or "catching up" by paying for the benefits with pre-tax dollars subsequent to the leave) to the extent the Employer deems necessary or appropriate to assure the Plan's compliance with the provisions of the FMLA and any regulation pertaining thereto. You should consult the Employer if you have any questions.

✓ **How does a leave of absence (such as FMLA) affect my health benefits?**

FMLA Leaves of Absence. If you go on a qualifying leave under the FMLA, then to the extent required by the FMLA your Employer will continue to maintain your Group Sponsored Insurance and Health FSA coverage on the same terms and conditions as if you were still active (that is, your Employer will continue to pay its share of the contributions to the extent that you opt to continue coverage). Your Employer may require you to continue all Group Sponsored Insurance and Health FSA coverage while you are on paid leave (so long as Participants on non-FMLA paid leave are required to continue coverage). If so, you will pay your share of the contributions by the method normally used during any paid leave (for example, on a pre-tax salary-reduction basis).

If you are going on unpaid FMLA leave (or paid FMLA leave where coverage is not required to be continued) and you opt to continue your Group Sponsored Insurance and Health FSA coverage, then you may pay your share of the contributions in one of the following ways:

- **Pay-as-you-go:** with after-tax dollars, by sending monthly payments to the Employer by the due date established by the Employer;
- **Pre-pay:** with pre-tax dollars, by having such amounts withheld from your ongoing Compensation, if any, including unused sick days and vacation days, or pre-paying all or a portion of the Contributions for the expected duration of the leave on a pre-tax salary reduction basis out of pre-leave Compensation. To pre-pay the Contributions, you must make a special election to that effect prior to the date that such Compensation would normally be made available (pre-tax dollars may not be used to fund coverage during the next Plan Year);
- **Catch-up:** under another arrangement agreed upon between you and the Employer (e.g., the Employer may fund coverage during the leave and withhold "catch-up" amounts from your Compensation on a pre-tax or after-tax basis) upon your return.

If your Employer requires all Participants to continue Group Sponsored Insurance and Health FSA coverage during the unpaid FMLA leave, then you may discontinue paying your share of the required contributions until you return from leave. Upon returning from leave, you must pay your share of any required contributions that you did not pay during the leave. Payment for your

share will be withheld from your compensation either on a pre-tax or after-tax basis, depending on what you and the Employer agree to. If your Group Sponsored Insurance and Health FSA coverage ceases while you are on FMLA leave (e.g., for non-payment of required contributions), you will be permitted to re-enter such Benefits, as applicable, upon return from such leave on the same basis as when you were participating in the Plan before the leave or as otherwise required by the FMLA. You may be required to have coverage for such Benefits reinstated so long as coverage for Employees on non-FMLA leave is required to be reinstated upon return from leave.

But, despite the preceding sentence, with regard to the Health FSA coverage, if your coverage ceased (e.g., you revoke coverage or choose the Pay-as-you-go option and then fail to pay a required contribution) then you are not entitled to reimbursement for claims incurred during the period when the coverage is not in effect and you may not retroactively elect Health FSA coverage for claims incurred during the period when coverage was not in effect. However, you will be permitted to elect whether to be reinstated in the Health FSA at the same coverage level as was in effect before the FMLA leave (with increased contributions for the remaining period of coverage) or at a coverage level that is reduced pro rata for the period of FMLA leave during which you did not pay contributions. If you elect the pro rata coverage, the amount withheld from your compensation on a payroll-by-payroll basis for the purpose of paying for reinstated Health FSA will equal the amount withheld before FMLA leave.

Non-FMLA Leaves of Absence. If you go on an unpaid leave of absence that does not affect eligibility, then you will continue to participate and the contributions due for you will be paid by pre-payment before going on leave, by after-tax contributions while on leave, or with catch-up contributions after the leave ends, as may be determined by your Employer.

If you go on an unpaid leave that affects eligibility, then the election change rules in Section V Administrative Provisions – Election Changes will apply.

✓ ***How does a leave of absence (such as FMLA) affect my non-health benefits?***

If you are commencing or returning from FMLA leave, then your election for non-health benefits (such as dependent care expenses, etc.) will be treated in the same way as under your Employer's policy for providing such Benefits for Participants on a non-FMLA leave (see above). If that policy permits you to discontinue contributions while on leave, then upon returning from leave you will be required to repay the contributions not paid by you during leave. Payment will be withheld from your compensation either on a pre-tax or after-tax basis, as agreed to by the Employer and you or as the Employer otherwise deems appropriate. You are not entitled to reimbursements for claims incurred during the period when coverage is not in force.

“Use-it-or-Lose-it” Rule

If the expenses that you incur during your period of coverage in this Plan Year are less than the annual amount that you elected, you will forfeit all rights with respect to such balance to the following Plan Year.

Therefore, it is important to consider reducing your salary only to pay expenses you are sure you will incur during the Plan Year. Examples of the types of expenses that you know you will incur are regular expenses for items such as braces, insulin or other recurring drug expenses, office visit co-pay charges and weekly or monthly dependent care expenses.

Contributions allocated to one account under a component can only be used to pay claims for that component and no other. For example, amounts credited to your DCE Account cannot be used to pay or reimburse you for an expense under the HRE Account, even if your DCE Account has money in it but your HRE Account has none. Similarly, amounts credited to your HRE Account cannot be used to pay or reimburse you for a dependent care expense under the DCE Account, even if your HRE Account has money in it but your DCE Account has none.

You will forfeit any amounts in your account(s) that are not applied to pay expenses submitted no later than the end of the run-out period following the component's period of coverage end date for which the election was effective. Forfeited amounts will be used as follows: first, to offset any losses experienced by the Employer as a result of making reimbursements in excess of contributions paid by all Participants; second, to reduce the cost of administering the account during the Plan Year and subsequent Plan Year; and third, to provide increased benefits or compensation to Participants in subsequent years in any weighted or uniform fashion that the Employer deems appropriate, consistent with applicable regulations. In addition, any benefit payments that are unclaimed (e.g., uncashed benefit checks) shall be forfeited and applied as described above.

Grace Period

A Grace Period is an extension of the time to use your Plan benefits before they become subject to the "Use-it-or-Lose-it" rule and will begin immediately following the last day of the Plan Year. This extension gives you an additional 2.5 months "Grace Period" after the end of a Plan Year in which to incur expenses that can be reimbursed from your prior Plan Year account(s) under the Health FSA and DCAP Account(s). Thus, expenses incurred within 2.5 months after the close of the Plan Year can be reimbursed with funds from the prior Plan Year. In order to take advantage of the Grace Period, you must be a Participant in the Plan with FSA coverage that is in effect on the last day of the Plan Year to which the Grace Period relates.

Funds available during the Grace Period under the Health FSA and DCAP Account(s) may only be used to pay or reimburse expenses eligible under the Health FSA and DCAP Account(s) respectively. For example, if you have not used a portion of your HRE Account by the end of the Plan Year, funds in that account remain available to pay or reimburse expenses incurred during the Grace Period.

The following additional rules will apply to expenses that are incurred during a Grace Period or are submitted after the close of the Plan Year in which they were incurred:

- Expenses incurred during a Grace Period and approved for reimbursement will be paid first from available amounts that were remaining at the end of the preceding Plan Year and then from any amounts that are available to reimburse expenses incurred during the current Plan Year. For example, assume that \$200 remains in your HRE Account at the end of the preceding Plan Year and that you have also elected \$2,400 in an HRE Account for the current Plan Year. If you submit a \$500 expense that was incurred in the current Plan Year, \$200 of your claim will be paid out of the unused amounts remaining in your HRE Account from the preceding Plan Year and the remaining \$300 will be paid out of the amounts that are available to reimburse you for expenses incurred in the current Plan Year.
- Once paid, a claim will not be reprocessed or otherwise re-characterized so as to change the Plan Year from which funds are taken to pay it. For example, using the same facts as in the example in the preceding paragraph, assume that a few days after being

reimbursed for the \$500 Grace Period expense, you discover \$200 of the preceding Plan Year expenses that have not been submitted for reimbursement. You cannot be reimbursed for the newly discovered expenses because no amounts remain to reimburse you for the preceding Plan Year expenses. The Plan will not reprocess the \$500 Grace Period expense so as to pay it entirely from your new HRE amounts. For this reason, if you also have an HRE Account for the current year, you may want to wait to submit expenses you incur during the Grace Period until you are sure you have no remaining unreimbursed expenses from the preceding Plan Year.

- Expenses incurred during a Grace Period must be submitted by the 90th day following the Plan Year ending date to which the Grace Period relates in order to be reimbursed from amounts remaining at the end of that Plan Year.
- If the Employer implements an electronic payment card plan (debit card, credit card, or similar method) to pay expenses from the Health FSA, expenses would need to be submitted manually in order to be reimbursed from unused amounts in your account from the preceding Plan Year as the card is unavailable for such reimbursement.

Ask your Employer or PSA if you have further questions about the Grace Period or how the Grace period works.

How Benefits are Taxed

Generally, you may not be taxed for the amounts you elect under the Plan. However, the Employer cannot guarantee that specific tax consequences will flow from your participation in the Plan. **This information is not intended to provide legal or tax advice. You should consult your own personal tax advisor.**

The tax benefits that you receive depend on the validity of the claims that you submit. If you are reimbursed for a claim that is later determined to not be eligible under the Plan, then you will be required to repay the amount. Alternatively, PSA may offset the amount against any other eligible expense submitted for reimbursement or your Employer may withhold the amount from your pay.

Ultimately, it is your responsibility to determine whether any reimbursement under the Plan constitutes an eligible expense that qualifies for the federal income tax exclusion. Any reimbursement that the Employer has reason to believe will exceed your statutory limit will be subject to FICA and income tax withholding. Note that if you are married and your spouse also participates in a DCAP, the maximum amount that you and your spouse together can exclude from taxable income is \$5,000.

✓ *How does enrollment in a DCAP affect my taxes?*

Using a DCAP for reimbursement of dependent care expenses results in a reduction of your taxable salary; therefore, your tax payments are reduced. Depending on your income tax bracket, you may also be entitled to claim the Federal Income Tax Credit for dependent care expenses. It is important to remember that you may use either of these (or a combination of the two), but you may not take a tax deduction of those expenses reimbursed under this Plan, or vice versa. For most individuals, participating in a DCAP will produce the greater federal tax savings, but there are some for whom the opposite is true. And in some cases, the federal tax savings from participating in a DCAP will be only marginally better. Because the preferable method for treating benefits payments depends on certain factors such as a person's tax filing status (e.g., married, single, head of household), number of qualifying individuals, earned

income, etc., each Participant will have to determine his or her tax position individually in order to make the decision. Use IRS Form 2441 (Child and Dependent Care Expenses) to help you.

Ask your Employer if you need further information about the DCAP or the Dependent Care Tax Credit, but remember that your Employer is not providing legal advice. If you need an answer upon which you can rely, you should consult your own personal tax advisor.

✓ ***If I elect DCAP, do I still report dependent care expenses on my federal income tax return?***

You must file a 2441 Child Care Tax Credit form with your annual tax filing. Your Employer is required to report the amount you elect to withhold from your salary on your IRS W-2 form. You must list the names and taxpayer identification numbers (TINs) of any entities that provided you with dependent care services during the calendar year for which you have claimed a tax-free reimbursement.

You may not claim any other tax benefit for the amount of your pre-tax salary reductions under the DCAP Component, although your dependent care expenses in excess of that amount may be eligible for the Dependent Care Tax Credit. For example, if you elect \$3,000 in coverage under the DCE Account and are reimbursed \$3,000, but you had dependent care expenses totaling \$5,000, then you could count the excess \$2,000 when calculating the Dependent Care Tax Credit if you have two or more qualifying individuals.

Ask your Employer or PSA if you need further information about which expenses are, and are not, likely to be reimbursable.

The Plan Can Be Changed

The Plan is intended to comply with all applicable sections of the Internal Revenue Code and specifically Section 125; therefore, the Plan and any Employer benefit plans offered under the Plan may be amended to comply with the Internal Revenue Code and the Treasury Regulations as they may be amended. In addition, the Plan and any Employer benefit plans offered under the Plan may be amended at any time for reasons other than compliance with new law. Although the Employer expects to maintain the Plan, it has the right to amend or terminate all or any part of the Plan at any time for any reason.

How to File a Reimbursement Request

✓ ***What is required to submit a claim for benefits?***

If you have a claim under an insurance plan or policy, you should follow the claims procedure applicable to that plan or policy, as described in the SPD or similar explanatory booklet available from the insurer.

For claims associated solely with this Plan, you should file your claim for reimbursement as soon as possible after you have incurred the expense. It is not necessary for you to have actually paid the amount due for an expense; only for you to have incurred the expense and that it is not being paid for or reimbursed from any other source. A signed Request for Reimbursement Form is required for all requests that you submit via mail or fax. Your claim for expense reimbursement must include a statement from your service provider that you have incurred the expense and the amount of your expense. Further details about what must be

provided are contained in the Request for Reimbursement Form. In some instances, a statement from the provider that a Health FSA expense is medically necessary may be required.

If the Employer implements an electronic payment card plan (debit card, credit card, or similar method) to pay expenses from the Health FSA, some expenses may be validated at the time the expense is incurred (like co-pays for medical care). For other expenses, the card payment is only conditional and you will still have to submit supporting documents.

✓ ***How do I submit a claim for benefits?***

Claims may be submitted the following ways:

- Electronically via our secure web portal: <https://hrbenefitsdirect.com/PSA>
- Faxed with a reimbursement form to (866) 446-6090
- Mailed with a reimbursement form to PO Box 2797, Portland, OR 97208

✓ ***Is there a filing deadline?***

Claims will be paid up to 90 days after the Plan's period of coverage end date. Those submitted after the allowable year-end run-out period may not be paid.

✓ ***What happens if I receive an overpayment?***

If you receive reimbursement and it is later determined that you received an overpayment or a payment was made in error (e.g., you were reimbursed for an expense that is later paid by an insurance plan), you will be required to refund the improper payment to the Plan. If you do not refund the improper payment, the Plan reserves the right to offset future reimbursement equal to the improper payment or, if that is not feasible, to withhold such funds from your pay. If all other attempts to recoup the improper payment are unsuccessful, the Employer may treat the overpayment as a bad debt, which may have income tax consequences for you.

Handling Denied Claims

✓ ***What happens if my claim for benefits is denied?***

If PSA denies a claim, in whole or in part, you will be notified in writing within 30 days of the date PSA receives your claim. The 30-day period may be extended for an additional 15 days for matters beyond PSA's control, such as situations where a claim is incomplete. PSA will provide written notice of any extension, describing the reasons for the extension and the date by which you can expect a decision. Where a claim is incomplete, the extension notice will describe the information still needed by PSA and allow you 45 days from receipt of the notice to provide the additional information. If this happens, it will have the effect of suspending any decision on your claim until you provide the specified information.

If PSA denies your claim, you will receive a notice that includes the following elements:

- The specific reason or reasons for the denial;
- The specific Plan provision or provisions that support the denial;
- A description of any items or information you would need to validate your claim and an explanation of why the added material is necessary; and
- A description of the steps to appeal the denial, including your right to submit written comments, your right to review (upon request and at no charge) relevant documents and other information, and your right to file suit under ERISA (where applicable) with respect to any adverse determination after appeal of your claim.

Appeals

✓ **Can I appeal a denied claim of benefits?**

You may appeal a claim denial by submitting a Request for Review (or other written appeal request) to PSA, in writing, within 180 days of your claim denial. If you do not appeal on time, you will lose the right to appeal the denial and the right to file suit in court. Your written appeal should state the reasons that you feel your claim should not have been denied, and should include any additional items or information that you feel supports your claim. The appeal process will provide you with the opportunity to ask additional questions and make written comments, and you may review (upon request and at no charge) documents and other information relevant to your appeal.

To the extent a dispute arises under the terms of one of the insurance plans or policies, such as a group medical or dental insurance plan offered by your Employer, your ability to appeal decisions under the insurance plan will be outlined in the SPD or similar explanatory booklet available from the insurer.

PSA will review your appeal in a reasonable time, but within 60 days after receiving your request. PSA may, in its discretion, hold a hearing on the denied claim. If PSA consults with a medical expert to help analyze your appeal, the expert will be different from, and not subordinate to, any expert that was consulted in connection with the initial claim denial. If upon review a decision is reached to affirm the original denial of your claim, you will receive a notice of that determination, which will include the following elements:

- The specific reason or reasons for the decision on review;
- The specific Plan provision or provisions that motivated the decision;
- A statement of your right to review (upon request and at no charge) relevant documents and other information;
- If internal rules, guidelines, protocols, or other similar criteria (collectively referred to as "internal guidelines") are relied on in making the decision on review, a description of the specific internal guidelines, or a statement that such internal guidelines were relied on, and a copy of the internal guidelines will be provided free of charge to you upon request; and
- A statement of your right to bring suit under ERISA Section 502(a) (where applicable).

ERISA Rights

The Premium Payment, and the DCAP Components are not ERISA welfare benefit plans under the Employee Retirement Income Security Act of 1974 (ERISA). However, the Health FSA Component and the Group Sponsored Insurance are governed by ERISA. Note: This SPD does not describe the Group Sponsored Insurance. Consult the Group Sponsored Insurance Plan Documents and the separate SPDs for the Group Sponsored Insurance.

✓ **Do I have ERISA Rights?**

As a Participant in this Plan, you may be entitled to certain rights and protections under ERISA. ERISA does not apply to Employee benefit plans sponsored by governmental entities or churches. **If your Employer is a church or governmental organization (such as a city or school district), ERISA will not apply and you will not have the rights described in this section.**

✓ ***If I have ERISA Rights, what does that mean to me?***

ERISA provides that Plan Participants are entitled to:

- Examine, without charge, at the Employer's office and at other specified locations, such as work-sites and union halls, all Plan Documents and copies of all documents filed by the Plan with the U.S. Department of Labor, such as detailed annual reports.
- Obtain copies of all documents and other Plan information upon written request to the Employer. The Employer may make a reasonable charge for the copies.
- Receive a summary of the Plan's annual financial report, if any. The Employer is required by law to furnish each Participant with a copy of this SPD.

Fiduciary Obligations

In addition to creating rights for Plan Participants, ERISA imposes duties upon the Employer who is responsible for the operation of an Employee benefit plan. The Employer is called the "fiduciary" of the Plan, and has a duty to do so prudently and in the interest of you and other Plan Participants and beneficiaries. No one, including your Employer or any other person, may fire you or otherwise discriminate against you in any way to prevent you from obtaining a benefit from the Plan, or from exercising your rights under ERISA.

Right to Review

If your claim for a benefit is denied or ignored, in whole or in part, you have a right to know why this was done, to obtain copies of documents relating to the decision without charge, and to appeal any denial, you must submit this request to PSA, in writing, 180 days of the date of notice of your claim denial. Requests should be submitted to PacificSource Administrators, Attn: Request for Review, PO Box 2797, Portland, OR 97208.

Enforcing your rights

Under ERISA, there are steps you can take to enforce the above rights. For instance, if you request a copy of the Plan Documents or the latest annual report from the Plan and do not receive them within 30 days, you may file suit in a federal court. In such a case, the court may require the Employer to provide the materials and pay you up to \$110 a day until you receive the materials, unless the materials were not sent because of reasons beyond the control of the Employer. If you have a claim for benefits which is denied or ignored, in whole or in part, and if you have exhausted the claims procedures available to you under the plan, you may file suit in a state or federal court.

In addition, if you disagree with the Plan's decision or lack thereof concerning the qualified status of a domestic relations order or a medical child support order, you may file suit in federal court. If it should happen that Plan fiduciaries misuse the Plan's money, or if you are discriminated against for asserting your rights, you may seek assistance from the U.S. Department of Labor, or you may file suit in a federal court. The court will decide who should pay court costs and legal fees. If you are successful, the court may order the person you have sued to pay these costs and fees. If you lose, the court may order you to pay these costs and fees, for example, if it finds your claim is frivolous.

Assistance with Your Questions

Contact your Employer if you have any questions about your Plan, this statement or about your rights under ERISA. If you need assistance in obtaining documents from the Employer, you should contact the nearest office of the Employee Benefits Security Administration, U.S. Department of Labor, listed in your telephone directory or the Division of Technical Assistance and Inquiries, Employee Benefits Security Administration, U.S. Department of Labor, 200

Constitution Avenue N.W., Washington, D.C. 20210. You may also obtain certain publications about your rights and responsibilities under ERISA by calling the publications hotline of the Employee Benefits Security Administration.

HIPAA Privacy Rights

A federal law, the Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996, as amended (HIPAA), requires that the Plan protect the confidentiality of your private health information. The Plan and your Employer, as sponsor of the Plan, will not use or further disclose information that is protected under HIPAA (Protected Health Information or PHI) except as necessary for treatment, payment, healthcare operations and Plan administration, or as permitted or required by law.

As required under HIPAA, the Plan has required all of its business associates to also observe HIPAA's privacy rules. In particular, the Plan will not, without a written authorization from you, use or disclose PHI for employment-related actions and decisions or in connection with any other benefit or employment benefit plan of the Employer.

Under HIPAA, you have certain rights with respect to your PHI, including the right to review and copy the information, receive an accounting of any disclosures of the information and, under certain circumstances, amend the information. You also have a right to file a complaint with the Plan or with the Secretary of the U.S. Department of Health and Human Services if you believe your rights under HIPAA have been violated.

VI. Notices Required by Law

Qualified Medical Child Support Order

The Health FSA will provide benefits as required by any qualified medical child support order (QMCSO), as defined in ERISA § 609(a). The Health FSA has detailed procedures for determining whether an order qualifies as a QMCSO. Participants and beneficiaries can obtain, without charge, a copy of such procedures from the Employer.

Newborns' and Mothers' Health Protection Act of 1996 (NMPHA)

Group health plans and health insurance issuers generally may not, under federal law, restrict benefits for any hospital length of stay in connection with childbirth for the mother or newborn child to less than 48 hours following a vaginal delivery or to less than 96 hours following a cesarean section. However, federal law generally does not prohibit the mother's or newborn's attending provider, after consulting with the mother, from discharging the mother or her newborn earlier than 48 hours (or 96 hours, as applicable). In any case, plans and issuers may not, under federal law, require that a provider obtain authorization from the Plan or the issuer for prescribing a length of stay not in excess of 48 hours (or 96 hours).

Women's Health and Cancer Rights Act of 1998 (WHCRA)

The Women's Health and Cancer Rights Act of 1998 (WHCRA) is a federal law that provides protections to patients who choose to have breast reconstruction in connection with a mastectomy. This law applies generally both to persons covered under group health plans and persons with individual health insurance coverage. But WHCRA does NOT require health plans or issuers to pay for mastectomies. If a group health plan or health insurance issuer chooses to cover mastectomies, then the plan or issuer is generally subject to WHCRA requirements.

Michelle's Law

"Michelle's Law", enacted October 9, 2008, requires group and individual health plans to continue to cover otherwise eligible dependent children taking a medical leave of absence from a postsecondary educational institution (e.g., a college, university, or vocational school) due to a serious illness or injury. Dependent children on a leave of absence must be covered until the earlier of one year from the first day of the leave of absence or the date on which the coverage otherwise would terminate.

The Genetic Information Nondiscrimination Act of 2008 (GINA)

GINA prohibits discrimination by health insurers and Employers based on individuals' genetic information. Genetic information includes the results of genetic tests to determine whether someone is at increased risk of acquiring a condition in the future, as well as an individual's family medical history. GINA imposes the following restrictions: prohibits the use of genetic information in making employment decisions restricts the acquisition of genetic information by Employers and others imposes strict confidentiality requirements and prohibits retaliation against individuals who oppose actions made unlawful by GINA or who participate in proceedings to vindicate rights under the law or aid others in doing so.

Health Information Technology for Economic and Clinical Health Act (HITECH Act)

HITECH was passed as part of the American Recovery and Reinvestment Act of 2009 to strengthen the privacy and security protection of health information, and to improve the workability and effectiveness of HIPAA Rules.

The Paul Wellstone and Pete Domenici Mental Health Parity and Addiction Equity Act of 2008

This law amends ERISA, the Public Health Service Act (PHSA), and the Internal Revenue Code (IRC) and applies to all ERISA group health plans and to health insurers that provide insurance coverage to group health plans. In general, this new law requires group health plans that provide mental health or substance use disorder benefits to provide such benefits on par with medical-surgical benefits.

What is a Qualified Reservist Distribution?

A Qualified Reservist Distribution permits you to take a distribution of the amount you have contributed to the Plan (less reimbursements you have received or distributions previously taken) as of the date you request the distribution. If you are ordered or called to active military duty for 180 days or more you may request a Qualified Reservist Distribution by delivering a copy of such order or call to active duty to the Employer. You must request a Qualified Reservist Distribution on or after the date of the order or call to active duty, and before the last day of the Plan Year (or Grace Period, if applicable) during which the order or call to active duty occurred. A Qualified Reservist Distribution is included in your gross income and wages, and is subject to employment taxes. You may submit expenses incurred after the date a Qualified Reservist Distribution has occurred. The amount that may be reimbursed is the amount by which you have elected to reduce your Compensation, less the sum of the Qualified Reservist Distribution and the amount of the reimbursements you received as of the date of the Qualified Reservist Distribution.

USERRA

Continuation and reinstatement rights may also be available if you are absent from employment due to service in the uniformed services pursuant to the Uniformed Services Employment and Reemployment Rights Act of 1994 (USERRA). More information about coverage under USERRA is available from the Employer.

VII. Health Savings Account

✓ **What is the HSA Benefit?**

An HSA is not an Employer-Sponsored Employee benefit plan and neither the HSA nor the HSA Benefit of the Plan that allows Employees to contribute to an HSA on a pre-tax basis is subject to ERISA. An HSA is an individual trust or custodial account that an Employee opens with an HSA trustee/custodian of the Employee's choice to be used primarily to reimburse eligible medical expenses as set forth in Code §223. See the Employer to determine if they limit the number of HSA providers to whom they will forward pre-tax contributions and if so, to obtain a list of those providers. If the Employer does maintain a list of HSA trustees/custodians, it is not an endorsement of any particular HSA trustee/custodian. The chosen HSA trustee/custodian administers the HSA. The Employer's role is limited to allowing Employees to contribute to an HSA on a pre-tax basis and has no authority or control over the funds deposited in the HSA. The Employer will maintain records to keep track of HSA contributions Employees make on a pre-tax basis, but it will not create a separate fund or otherwise segregate assets for this purpose.

✓ **What are the HSA Benefits I may elect?**

Your annual contribution for HSA Benefits is equal to the annual benefit amount that you elect. The amount elected must not exceed the statutory maximum amount, as published by the IRS, for HSA contributions applicable to your High Deductible Health Plan coverage option (i.e., single or family) for the calendar year in which the contribution is made. An additional catch-up contribution of \$1,000 may be made if you are age 55 or older (you must certify your age to your Employer).

If your Employer provides Employer contributions in addition to any Employee pretax contributions (matching or other), the maximum annual contribution is reduced by the total amount of Employer contributions to the HSA.

If you are an HSA-Eligible Individual for only part of the Plan Year but meet all of the requirements under Code §223 to be eligible to contribute to an HSA on first day of the last month of the Plan Year (for example), you may be able to contribute up to the full statutory maximum amount for HSA contributions applicable to your coverage option (i.e., single or family). However, any contributions in excess of your annual contribution under the Plan for HSA benefits (as described above), but not in excess of the applicable full statutory maximum amount, must be made outside the Plan. In addition, if you do not remain eligible to contribute to an HSA under the requirements of Code §223 during the following year, the portion of HSA contributions attributable to months that you were not actually eligible to contribute to an HSA will be includible in your gross income and subject to a 20% penalty (exceptions apply in the event of death or disability).

✓ **How are the HSA Benefits paid for under the Plan?**

Once you have established an HSA with an HSA trustee/custodian, to elect the HSA Benefits, you must complete an Enrollment Form with your Employer specifying the amount you choose to contribute to your HSA on a pretax basis. You must also provide sufficient identifying information about your HSA to facilitate the forwarding of the pre-tax contributions to the designated HSA trustee/custodian. From then on, you contribute to the HSA by having the specified amount deducted from each paycheck on a pre-tax basis (generally, an equal portion from each paycheck or an amount otherwise agreed to or as deemed appropriate by your

Employer). Such contributions are forwarded to the HSA trustee/custodian (or its designee) within a reasonable time after being withheld.

✓ ***Who can contribute to an HSA under the Plan?***

Only Employees who are HSA-Eligible Individuals can contribute to an HSA under the requirements of Code §223 and have elected to participate in a qualifying High Deductible Health Plan coverage offered by their Employer. A High Deductible Health Plan means the high deductible health plan option offered by the Employer that is intended to qualify as a high deductible health plan under Code 223(c)(2), as described in the Group Sponsored Insurance plan documents provided by the Employer.

Employees who elect the HSA Benefits must certify with their Employer that they meet the requirements under Code §223 to be eligible to contribute to an HSA (e.g. disqualifying coverage). IRS Publication 969 (Health Savings Accounts and Other Tax-Favored Health Plans) describes the HSA eligibility requirements and the consequences of contributing to an HSA when participants are not eligible.

✓ ***Can I change my HSA pre-tax contribution under the Plan?***

You may increase, decrease, or revoke your HSA contribution election at any time during the Plan Year for any reason by submitting an election change form to your Employer. Your election change will be prospectively effective on the first day of the month following the month in which you properly submitted your election change request. Your ability to make pre-tax contributions under the Plan to the HSA ends on the date you cease to meet the eligibility requirements.

✓ ***Where can I get more information on my HSA and its related tax consequences?***

For details regarding rights and responsibilities with respect to your HSA (including information regarding the terms of eligibility, what constitutes a qualifying High Deductible Health Plan, contributions to the HSA, and distributions from the HSA), you should refer to the HSA trust or custodial agreement and other documentation associated with your HSA and provided to you by the HSA trustee/custodian.

You may save both federal income taxes and FICA (Social Security) taxes by participating in the Plan. However, different rules apply with respect to taxability of HSA Benefits than for other benefits offered under the Plan. For more information regarding the tax ramifications of participating in an HSA as well as the terms and conditions of the HSA, you should refer to the communications materials provided by the HSA trustee/custodian and see IRS Publication 969 (Health Savings Accounts and Other Tax-Favored Health Plans).

Your Employer cannot guarantee that specific tax consequences will follow from your participation in the Plan. Ultimately, it is your responsibility to determine the tax treatment of HSA Benefits.

Consult the HSA trust or custodial documents provided by the applicable trustee/custodian for further HSA information (e.g., with respect to investments or distributions, claims and reimbursement under the HSA).

Rexius Forest By-Products Inc - FSA Renewal Rates
Effective: 8/1/2020

	Current Fees	Renewal Fees
Annual Renewal Fee:	\$300.00	\$300.00
FSA PMPM Fee*:	\$5.50	\$5.50
HRA PMPM Fee*:	N/A	N/A
Transportation PMPM Fee*:	N/A	N/A
Maximum PMPM Fee: <i>Excludes Benefit Card and Grace Period fees</i>	\$5.50	\$5.50
Monthly Minimum Fee: <i>When the PMPM fees calculates to less than the minimum monthly fee, an adjustment will be invoiced for the difference.</i>	\$80.00	\$80.00
MasterCard® PMPM Fee: <i>Benefit fee is not included in the PMPM or Monthly Minimum Fee.</i>	\$1.00	\$1.00
Grace Period PMPM Fee: <i>Grace Period Fee is not included in the PMPM Fee. It does accumulate towards the Monthly Minimum Fee.</i>	\$0.25	\$0.25

*The Per Member Per Month (PMPM) fees will be assessed for the duration of the plan year in which the member/employee may incur claims; including members that exhaust their funds or do not have continuous payroll deductions. The PMPM fee will begin the month that the participant may begin utilizing their account (e.g. Fees for Carryover will begin when funds are rolled for the participant) and will cease at the end of the month in which the participant terminates or loses eligibility.

Renew as is, with No Plan changes needed. I have reviewed the Plan Summary and we are renewing our service agreement with PacificSource Administrators effective 8/1/2020 with the renewal rates stated in this document. Return of enrollment materials signifies acceptance of the renewal fees.

- "No Plan Change" Exception: Update our Health FSA plan maximum to \$2,750.
- "No Plan Change" Exception: Update our Transit/Parking plan maximum to \$3,240.

Renew, but with Plan Summary changes requested. We are renewing our service agreement with PacificSource Administrators effective 8/1/2020 with the renewal rates stated in this document. We understand requested changes to the Plan are not binding for the upcoming plan until accepted by PacificSource Administrators and may result in increased fees. A revised renewal rate (page 3) will be provided for any rate changes.

Please have my Client Service Representative contact me.

Jerry Corrigan
Employer Signature

8/30/20
Date

Jerry Corrigan
Print Name

CEO
Title

Rexius Forest By-Products Inc - Plan Summary

The following plan summary table below shows what PSA currently has in our system, and is merely a tool to assist in indicating the most frequently requested changes. Please note any additional changes, and these will be updated and reflected comprehensively in the final 2020 Plan Documents*.

**To ensure PacificSource Administrators has the most up to date information, please take a moment to review the information on the following pages. Return changes and corrections to your Client Service Representative. If changes are made electronically, please use colored text or highlight your changes. We will not update and re-issue the below plan summary.*

General Information		
	Billing & Customer Service contact, Receives Invoices	Informational; tends to be CEO or HR Manager
Contact Name:	Leanne Clark	Leanne Clark
Contact Phone:	(541) 342-1835	(541) 342-1835 EXT
Contact Email:	leannec@rexius.com	leannec@rexius.com
Contact Fax:	(541) 343-4802	(541) 343-4802
Mailing Address:	Po Box 22838 Eugene, OR 97402	
	Group Administrative contact Receives Plan Documents, Rates, & Renewal Materials	Administrative Broker contact Receives copies of Plan Documents, Rates, & Renewal Materials
Admin Contact Name:	Jerry Cunningham	Star Henderson
Administrative Contact Phone:	541-335-8009	N/A
Administrative Contact Email:	jerryc@rexius.com	starh@kpdinsurance.com
Additional Authorized contacts:		
	Agent 1 – Primary Agent	Agent 2 – Account Manager/Support Staff Member
Agent:	Star Henderson	Jennifer Gibson
Agency Name:	K P D Insurance	K P D Insurance
Agent Phone:	(541) 741-0550	(541) 741-0550
Agent Email:	starh@kpdinsurance.com	jenniferg@kpdinsurance.com
Renewing Plan Type(s):	FSA	
Company Offers:	FSA	
Business Entity:	S Corp.	
# of Eligible Employees:	On file: 207	Indicate current # of eligible employees:

Group Sponsored Insurance Plans Offered:		Renewal Month:
Medical:	PROVIDENCE	August
Dental:		
Other:		
HSA Offered by Employer:	Employer offers a Health Savings Account (HSA).	

Flexible Spending Account				
Plan Specifications				
Components:	Health FSA Component			DCAP Component
Accounts:	HRE General Purpose Health FSA	LFSA Limited Purpose Health FSA	LSFSA Limited Scope Health FSA	DCE Dependent Care Expense Account
Maximum:	\$2,700.00	\$2,700.00	Not currently	\$5,000.00
Minimum:	\$0.00	\$0.00	offered by employer.	\$0.00

Health FSA Carryover or Grace Period:	
Health FSA Carryover: If permitted, unused amounts in a Participants Health FSA Component will be carried forward and remain available to reimburse eligible healthcare expenses incurred in later years.	The Health FSA Carryover Provision is not permitted and therefore unused balances are subject to the FSA "Use It or Lose It" rule..
Grace Period: If permitted, Participants have an extended time to use Plan benefits before they become subject to the "use it or lose it" rule.	Employer does offer a Grace Period on the Health FSA and DCAP Plan(s).

Debit Cards:	
Debit Card Availability:	Employer allows participants to use the Debit Card for eligible healthcare expenses. Participants may opt to have a Debit Card; however, the employer must approve.
If a Debit Card is allowed, it may be used for the following accounts:	Health FSA

FSA Plan Participation	
Employee Eligibility:	Class I: Minimum of 20 hours required during each week; Class II: Minimum of 30 hours required during each week
Entry Dates:	Class I: First of the month after 30 days of continued employment; Class II: First of the month after 60 days of continued employment
Exclusions:	Owners in a S Corporation with more-than-2% ownership, their spouses, children, parents and grandparents are not eligible to participate, including pre-tax insurance premiums
Termination Rules:	FSA participation ends on the date of termination or on the last day of the pay period in which the Participant has contributed, whichever gives the Participant the greater period of coverage.
Loss of Eligibility Rules:	FSA participation ends on the date the loss of eligibility occurs or on the last day of the pay period in which the Participant has contributed, whichever gives the Participant the greater period of coverage.

4.3.12

Employer Funding (ERF) Funding provided by the employer towards employee's FSA accounts.	
Employer funding Maximum:	ERF is not currently offered by the employer.
If ERF is offered, it may be applied to the following Accounts:	
ERF Cashout Allowed: If permitted, Participant have the option to apply ERF funds to their FSA Account or receive the funds in their paycheck.	
ERF Funding Frequency: When ERF funds can be credited to the Participants account.	
ERF Funding Method:	
Carryover allowed on ERF Acct: If cashout of ERF is allowed, ERF funds applied to HRE or LFSA Account will be automatically carried over. If ERF cashout is not allowed, the Group may choose whether to carryover ERF funds in the HRE or LFSA Account.	
ERF funding pro-rated for mid-year hires:	
Employer Funding Eligibility:	ERF is not currently offered by the employer.
Employer Funding Exclusions:	ERF is not currently offered by the employer.



Using Your Flexible Spending Account

REXIUS FOREST BY-PRODUCTS INC

August 1, 2020 – July 31, 2021

A Flexible Spending Account (FSA) is a tax-free, account managed by PacificSource Administrators. By utilizing the Flexible Spending Account you could save 22 percent or more on your election depending on your combined tax bracket. The Expense Allocation Worksheet can help you estimate what your election should be and how much you could save each year.

The Plans: The following FSA plans are available through your employer. You may request reimbursement for expenses incurred for yourself and any taxable dependents for the Health FSA Component(s) and DCAP Component.

Contributing to Your FSA

Component	Maximum Annual Election
<u>Health FSA</u>	\$2,750
<u>Dependent Care Assistance Plan</u>	\$5,000 if married and filing a joint return or a single parent \$2,500 if married but filing separately

Premium Component

- o Your employer will deduct your portion of the group-sponsored insurance plans, including premiums for medical, dental, vision, hospitalization, accident insurance, and/or other qualified benefits from your gross salary on a pre-tax basis. This reduces income taxes and results in an increase in take home pay and lower taxable salary.

Health FSA Component – includes the following account(s)

Health Related Expense Account (HRE) - the General Purpose FSA

- o If you're eligible for your employer's health plan, you can set up an HRE account. With an HRE account, you can save pre-tax money for healthcare expenses, including medical, dental, and vision expenses that are either not covered or only partially covered by your insurance plan.
- o These expenses are for your tax dependents. Examples include: you, your spouse, or child(ren), whether or not they are covered on your employer's group insurance plan.
- o No changes in election amounts will be allowed during the Plan Year.

Limited-purpose Flexible Spending Account (LFSA)

- o This plan is available for employees, who they themselves or their family contribute to a health savings account (HSA) and are enrolled in the group sponsored health plan. You can use this plan for eligible expenses including dental, vision and preventive medical care expenses.
- o These expenses can be for your or your spouse or child(ren), regardless if they are covered on your employer's group insurance plan.
- o No changes in election amounts will be allowed during the Plan Year.

Questions?

Our Customer Service Team is happy to help.

Phone

Direct: (541) 485-7488
Toll-free: (800) 422-7038

Email

psacustomerservice@pacificsource.com

Forms and Materials

https://psa.pacificsource.com/Forms_Flex.aspx

PacificSource.com/PSA

Dependent Care Assistance Plan (DCAP) Component

Dependent Care Expense Account (DCE)

- o Our Dependent Care Expense Account (DCE) allows you to save pre-tax dollars to pay for dependent care. This is specifically for expenses for a child up to age 13 or disabled taxable dependent who is unable to care for themselves, including elder care expenses.
- o When you have a qualified change in status—such as if your spouse's employment changes—you can increase or decrease how much you put into your account.



- In many cases, this account will be more beneficial to you than the federal tax credit.

How to Get Reimbursed

Reimbursement Time Frame

Reimbursements may be requested during the plan year or after it ends. Your claim submission period ends 90 days after the plan year ends. This is known as a run-out period.

All eligible reimbursement claims for services you received between **August 1, 2020** and **July 31, 2021** must be submitted by **January 15, 2022** for reimbursement.

Submitting Manual Claims

We offer several ways you can submit your claims for reimbursement:

1. Submit your claim online using our PSAConsumer portal: <https://psa.consumer.pacificsource.com>
2. Submit your claim via our Mobile App: myPacificSource Admin (PSA)
3. Mail or fax a Request for Reimbursement Form. You'll find the form at [PSA.PacificSource.com/Forms_Flex.aspx](https://psa.pacificsource.com/Forms_Flex.aspx)

Prepaid Benefits Debit Card

A Prepaid Benefits Debit Card gives you an easy, automatic way to pay for qualified healthcare expenses. Simply swipe your benefits card as you would a credit/debit card (and select "credit" rather than "debit"). When you use the card to make a purchase or payment, it deducts funds directly from your FSA. Be sure to save the documentation from your card swipe as it may be requested at a later date. When you opt to receive the card, you will receive two benefits cards.

Replacements or additional cards can be purchased for \$10 per set of two cards.

Funds Remaining After the Plan Ends

Grace Period: There is a 2 ½ month extension to incur expenses, ending October 15, 2021. Any used balance is forfeited at the end of the plan year.

PSA Consumer Portal: Online Account Access for Participants

Manage your FSA from the convenience of your home or office by utilizing our website: www.psa.pacificsource.com/PSA or <https://psa.consumer.pacificsource.com>

- File a claim online.
- Access information on the most recent reimbursement payments.
- View payment details.
- Check your account balances, annual election, and year-to-date deposits.
- Change your address and other personal information.
- View FAQs and fliers.
- Download claim forms, direct deposit forms, and more.

What Happens if I Terminate Employment during the Plan Year?

If you terminate employment or lose eligibility, your participation in the plan will end with your final contribution. You may be eligible to continue the Health FSA under COBRA or by making an additional pre-tax contribution out of your last paycheck.

SUMMARY OF MATERIAL MODIFICATION

REXIUS FOREST BY-PRODUCTS INC

FLEXIBLE SPENDING ACCOUNT

This is a Summary of Material Modification (SMM) regarding the REXIUS FOREST BY-PRODUCTS INC Flexible Spending Account (FSA). This Summary of Material Modification supplements and amends the Summary Plan Description (SPD) previously provided to you. You should retain this document with your copy of the SPD.

Description of Modification

Effective for Plan Year 8/1/2019 through 7/31/2020, the following terms of the FSA offered by your Employer shall be amended as follows:

The declaration of National Emergency concerning the COVID-19 outbreak on 3/13/2020 prompted concern that Participants impacted by the outbreak could lose benefits due to pre-established timelines. To address these concerns, the following final ruling was released to provide relief and guidance to Participants of the FSA.

The final ruling applies from 3/1/2020 until 60 days after the announced end of the National Emergency, which is currently 6/29/2020. This time period is considered the "Outbreak Period". Specific to the Premium Payment and Health FSA Components under the FSA your Employer offers, the "Outbreak Period" should be disregarded in the following key area:

- **HIPAA Special Enrollment Period** These rights provide that if an individual or their dependent(s) lose other healthcare plan coverage under certain circumstances, marry, or obtain an additional child through birth or adoption, the individual may be able to change their health care plan election and make a corresponding change to their elections under the Plan. Generally in these cases, individuals, who are otherwise eligible, must be allowed to enroll in the healthcare plan coverage if enrollment is requested within 30 days of the event. Under new guidance, if the event occurs anytime during the "Outbreak Period", the request for enrollment must be submitted within 30 days of the end of the National Emergency *instead of* the date of the event.

Should the end of the National Emergency be extended, this amendment will continue to be in effect based on the revised National Emergency end date.

If you have questions, please contact the Human Resources/Benefits Representative with REXIUS FOREST BY-PRODUCTS INC at (541) 342-1835.

SUMMARY OF MATERIAL MODIFICATION

REXIUS FOREST BY-PRODUCTS INC

Flexible Spending Account

This is a Summary of Material Modification (SMM) regarding the REXIUS FOREST BY-PRODUCTS INC Flexible Spending Account (FSA). This Summary of Material Modification supplements and amends the Summary Plan Description (SPD) previously provided to you. You should retain this document with your copy of the SPD.

Description of Modification

The 2020 CARES ACT expanded items that are eligible for reimbursement under the REXIUS FOREST BY-PRODUCTS INC FSA. Effective 1/1/2020, the following items are classified as eligible for reimbursement under your employer's plan:

- Over-the-counter (OTC) drugs or medicines, such as aspirin, antihistamines, and cough syrup, are reimbursable from the FSA without a prescription.
- Menstrual care products qualify as an eligible expenses. Menstrual care products include items such as tampons, pads, liners, cups, sponges, or similar products.

Reminder: A receipt indicating the OTC item purchased, the date of purchase, and amount of the expense is still required for reimbursement. Items purchased to support general health, such as vitamins and supplements, continue to require documentation that the item was prescribed. In addition, only reasonable quantities of OTC drugs will be reimbursed in a single calendar month. Stockpiling is not permitted.

If you have questions, please contact the Human Resources/Benefits Representative with REXIUS FOREST BY-PRODUCTS INC at (541) 342-1835.

EMPRESA DE ASEGURAMIENTO DE VIDA FAMILIAR AMERICANA

Desde octubre de 1975, REXIUS FOREST BY-PRODUCTS, INC. Ha ofrecido Programas Suplementarios para el Cáncer, Cuidados Intensivos, Cuidados de Vida y Gastos por Accidentes que están disponibles para todos los empleados de tiempo completo y medio tiempo a través de la conveniencia de la deducción de nómina. Estos programas son ofrecidos por AFLAC, American Family Life Assurance Company. La mayoría de los empleados de Rexius ya cuentan con esta valiosa protección; Rexius proporciona parte del programa del empleado.

Aunque la mayoría de los costos médicos están cubiertos por el seguro médico de una persona, la Sociedad Estadounidense del Cáncer afirma que hay más costos no médicos que no se abordan en absoluto. Estos son su responsabilidad y son el motivo de los programas de AFLAC.

BREVE RESUMEN DE BENEFICIOS

- Devolución del beneficio de la prima si no tiene cáncer.
- Todos los beneficios se le pagan directamente a usted.
- Todos los beneficios se pagan además de todas las demás coberturas que tenga.
- Sus programas están garantizados renovables de por vida. Nunca se puede cancelar.
- Ahorras del 10% al 50% mediante la deducción de nómina.
- Mantiene la misma tasa de nómina incluso cuando se retira o se retira de Rexius.
- En caso de que usted o un miembro de la familia cubierto incurra en un reclamo, un representante local manejará personalmente su reclamo por usted..

Nuestro representante para el programa AFLAC es Larri Wheeler. Él se comunicará con usted para explicarle los beneficios disponibles para usted y su familia. Aunque la participación es voluntaria, los alentamos a que se enteren de los beneficios que están disponibles para que puedan tomar una decisión informada para usted y su familia.

General Notification of Your Rights and Responsibilities

Date: Monday, April 19, 2010

General Notice-PC HMO

To:

From:

Introduction to COBRA: This notice is intended to provide information about your rights and responsibilities under the Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act of 1985 (COBRA). This notice does not change your status on the group health plan in any way. Rather, this notice explains rights and responsibilities you may have in the future under the following group health plan(s):

Group Health Plan
Group Health Plan(s) sponsored by SAMPLE CLIENT

If a COBRA qualifying event, which would terminate your group health plan coverage, occurs in the future, you would have the option to continue your coverage at your own expense. COBRA continuation coverage is the same group health plan coverage you had before your qualifying event. It is the same coverage provided to similarly situated active employees who have not experienced a qualifying event, but it does not include life insurance or disability coverage. Once you and your spouse or dependents (if any) become covered by the group health plan, there are specific qualifying events that may occur that cause you to lose coverage. Those events, and the length of continuation coverage you could be allowed are:

Event	Duration of Coverage
Termination of Employment (either voluntary or involuntary, other than for Gross Misconduct)	18 months
Reduction in Hours (such as layoff, leave of absence, reduced work hours, etc.)	18 months
Death of the Covered Employee	36 months
Divorce or Legal Separation	36 months
Covered Employee's Entitlement to Medicare	36 months
Dependent Child Ceasing to be Dependent	36 months
Bankruptcy (Title XI) of the Employer	Possible lifetime coverage for covered Retirees and their spouses and dependents only

Health Flexible Spending Account (FSA): An exception applies to the length of continuation coverage related to a Health Flexible Spending Account (FSA). In general, continuation coverage would be offered only for the remainder of the plan year in which the qualifying event occurred. Special rules govern FSA eligibility under COBRA. For additional information, please refer to the summary plan description for your FSA.

You may also experience a loss of coverage "in anticipation" of a qualifying event, such as a divorce or legal separation. If that happens, continuation coverage will be offered once the qualifying event has occurred (and has

been reported within the proper time frames). In that case, coverage does not have to be provided from the date of your loss of coverage to the date of the qualifying event.

Who can elect COBRA: Each employee, spouse and dependent child covered by the group health plan the day before the qualifying event and who would lose coverage due to the qualifying event would be a COBRA Qualified Beneficiary. A child born to, or placed for adoption with, the covered employee during the period of COBRA continuation would also be a qualified beneficiary, if the employer/plan administrator is notified within 30 days of the birth or placement for adoption. Each qualified beneficiary would have an independent right to elect continuation coverage under COBRA. COBRA qualified beneficiaries will have the same rights, options and requirements as similarly situated active employees. You would not have to show evidence of insurability in order to elect. Certain timeframes listed in this notice may be extended if a qualified beneficiary is incapacitated. The word "you" throughout this notice refers to any qualified beneficiary, as described above.

How to elect COBRA: Infinisource, Inc. mails COBRA notices on behalf of SAMPLE CLIENT, and is also the party responsible for all other COBRA administration, including COBRA elections and payments. Infinisource is not an insurance company or the provider of benefits. Once a qualifying event occurs and is reported properly, SAMPLE CLIENT will instruct Infinisource to notify you, in writing, with specific information about your qualifying event. The notice will contain instructions for electing continuation coverage, as well as the last date on which you can elect. You will be allowed at least 60 days to elect continuation coverage. Verbal elections will not be accepted. If you elect continuation coverage, SAMPLE CLIENT has the right to verify your eligibility for coverage. If you are not eligible, continuation coverage may be denied or retroactively terminated. The covered employee or spouse may elect on behalf of all other qualified beneficiaries; a parent or legal guardian may elect on behalf of dependent children. If you fail to timely elect, you will lose your right to continue coverage. Proof of timely election is your responsibility (the United States Postal Service offers several proof of mailing services). A COBRA election is deemed made on the date it is postmarked. If you waive continuation coverage in writing, you have 60 days from the later of the loss of coverage date or the date the notification was mailed to you to revoke your waiver and elect continuation coverage. Any claims you incur during the waiver period may not be covered. Infinisource does not administer waivers of continuation coverage. Instead of waiving your COBRA rights if you do not want COBRA, you simply do not need to send in your COBRA Continuation Coverage Election Form. During your election period, you may find that you have been removed from the group health plan. Once you make a timely election and payment, your coverage will be reinstated retroactive to your Loss of Coverage date. If you do not elect, any expenses you incur will become your financial responsibility. You are not required to make a payment with your COBRA election, but coverage may not be reinstated until a timely payment is made. Reinstatement of coverage often depends upon the insurance company, and typically takes 7-10 business days or more after your payment is received. To confirm your coverage status, please call the insurance company directly.

If you participate in an HMO or walk-in clinic and use the provider's services during the election period, the plan may allow the employer, at the employer's option, to treat such use as a constructive election of COBRA coverage. You would be obligated to pay any applicable charge for the coverage within 45 days of the constructive election. HMOs may provide region-specific coverage. If you are outside the region, coverage may be reduced similarly to that of active employees outside the region. In certain instances, coverage may be eliminated or provided for emergency service only. If the employer has another plan that provides coverage outside the HMO region, that plan must be made available to you at the later of the date of your relocation, or the date you request the coverage. Please contact the employer/plan administrator or refer to your benefits booklet for specific information.

Paying for Continuation Coverage: Once you elect, continuation coverage must be paid for from the loss of coverage date forward, in consecutive monthly increments. You may be charged up to 102% of the applicable premium (including the employer's cost). Partial months of coverage (your first and last months of continuation coverage) will be prorated. Gaps in continuation coverage are not generally permitted. All retroactive payments for coverage are due in full within 45 days of the election date. For monthly payments following your date of election, the premium is due, in full, on the first day of each monthly coverage period. Each monthly coverage period has a grace period of at least 30 days. Payments postmarked after any grace period ends (either the 45-day grace period, or a monthly 30-day grace period) are considered late, and will not be accepted. Infinisource and SAMPLE

CLIENT are not required to make exceptions based upon individual circumstances, and if you make a late payment, coverage will be terminated permanently, with no possibility of reinstatement. Invoices are not required, and you must postmark your payments by the monthly grace date even if you do not get an invoice. Returned checks (for instance, closed accounts, non-sufficient funds, or stop payments) are the same as no payment at all. Proof of timely payment is your responsibility (the United States Postal Service offers several proof of mailing services). A COBRA payment is deemed made on the date it is postmarked.

Extending Continuation Coverage: If, in the future, your qualifying event is the employee's Termination or Reduction of Hours (or by any other name, a qualifying event that allows for 18 months of continuation), there are two types of extensions that may allow for a longer continuation coverage period.

Social Security Disability Determination: If any qualified beneficiary is deemed disabled by the Social Security Administration, all qualified beneficiaries may receive an additional 11 months of continuation coverage (29 months from the original qualifying event). To qualify, all three of these requirements must be met:

1. The Social Security Administration must determine that the disability existed or began prior to, or within the first 60 days of continuation coverage.
2. You must provide the Social Security disability award letter before your 18-month continuation coverage period ends.
3. You must provide the Social Security disability award letter within 60 days from the later of your Event Date, Loss of Coverage date, or the date of the award notice.

You must also follow the reporting instructions found in the section "Event Reporting Procedure." During a disability extension, you may be charged up to 150% of the applicable premium (including the employer's cost) for the coverage. If the Social Security Administration later determines that the disabled qualified beneficiary is no longer disabled, the disability extension will end. Continuation coverage will terminate for all qualified beneficiaries at the end of the month that is 30 days after the date of the Social Security Determination (but not before the end of the original 18 months). If you are deemed no longer disabled, you must report this change within 30 days, following the instructions under the section "Event Reporting Procedure."

Second Qualifying Events: If a second qualifying event that would normally cause a loss of coverage as a first qualifying event (death of the covered employee, divorce or legal separation, the covered employee's Medicare Entitlement, or a dependent child ceasing to be a dependent child) occurs during the 18-month continuation coverage period, the spouse and/or dependent children who are qualified beneficiaries and who would have lost coverage may receive an additional 18 months of continuation coverage (36 months from the original qualifying event). In order to be eligible for this extension, you must follow the instructions under the section "Event Reporting Procedure", and report the second qualifying event within 60 days. Please note that an employee's entitlement to Medicare typically does not constitute a second qualifying event. You must follow the "Event Reporting Procedure" below to qualify for any extension described above. Once you report one of these events, Infinisource and SAMPLE CLIENT will review your eligibility. If you are not eligible, you will receive a Notice of Unavailability that will explain why.

Conversion Coverage: After continuation coverage expires, you may be eligible to elect an individual conversion policy, if your group health plan has such an option. Conversion coverage is not the same as group health plan coverage, and it is not the same as continuation coverage. Rates and benefits may be different. For more information, refer to your plan booklet, summary plan description, or contact the insurance company directly. Please examine your options carefully before declining this coverage. You should be aware that companies selling individual health insurance typically require a review of your medical history that could result in a higher premium or you could be denied coverage entirely.

Event Reporting Procedure: As described above, you may experience events that affect your continuation coverage. Those events include:

Infinisource

- Death of the Covered Employee
- Divorce or Legal Separation
- Dependent Child Ceasing to be Dependent
- Social Security Disability Award
- Social Security No Longer Disabled Determination

When you experience one of these events, you must report the event using the following procedure. Failure to report one of these events in a timely manner may make you ineligible for continuation coverage. Infinisource has a form, "COBRA Event Notice," available at no charge. You may call Infinisource at (800) 594-6957 to request a form.

You must report the events above in writing, but use of the form is not required if you include the following information:

1. Name, address and phone number of the covered employee.
2. Name, address and phone number of qualified beneficiaries experiencing the event.
3. Group health plan coverage.
4. The event experienced.
5. The date of the event.
6. For Social Security Disability Awards, you must include a copy of the award letter.
7. If deemed No Longer Disabled, you must also include a copy of that letter, and
8. For all other events, you must include your signature and a statement that the event occurred as represented.

Send the "COBRA Event Notice" or other written format to **Infinisource, Attention: COBRA Event Notice, PO Box 949, Coldwater, MI 49036**, or fax to (517) 278-0764.

Your notice must be made within 60 days of the qualifying event, and in the case of a Social Security Disability, also within 60 days of the Award Letter and before the end of the 18-month continuation coverage period. If you are deemed no longer disabled, you must report that within 30 days of the determination.

Reasons COBRA will Terminate: If you elect coverage under COBRA, you may continue coverage until the first of the following occurs:

1. The Coverage Expires date.
2. You first become, after the date you elect continuation coverage, covered by another group health plan that does not apply any pre-existing condition limitation or exclusion to you.
3. You first become, after the date you elect continuation coverage, entitled to Medicare.
4. Your payment is not postmarked by the end of any grace period.
5. SAMPLE CLIENT ceases to provide any group health plan.
6. During the 11-month disability extension, a disabled qualified beneficiary is deemed no longer disabled by the Social Security Administration.
7. Your coverage is terminated for cause, such as fraud, on the same basis that coverage can be terminated for active employees.

After electing continuation coverage, you or any qualified beneficiary must notify Infinisource or SAMPLE CLIENT, in writing, within 30 days of:

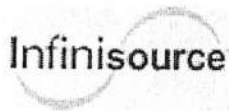
1. Becoming entitled to Medicare Part A and/or Part B.
2. Becoming covered under another group health plan that does not apply a pre-existing condition limitation or exclusion to you.
3. Satisfying or exhausting any pre-existing condition exclusion period under another group health plan that applied to you.

Failure to provide this notice as required may result in retroactive termination of continuation coverage. Any expenses incurred during a period for which coverage is later terminated will become your financial responsibility, and may require repayment to the providers.

HIPAA and COBRA: The Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA) created the concept of Creditable Coverage, which is coverage under a health plan used to reduce the pre-existing condition exclusion period imposed by another group health plan. Continuation coverage under COBRA counts as creditable coverage. Creditable coverage counts toward fulfillment of a pre-existing condition exclusion or limitation period, thus reducing the time a pre-existing condition is not covered, as long as any gap in coverage is less than 63 days. If and when you have a qualifying event, you may reduce the possibility of a gap in coverage and the pre-existing condition exclusion period under another group health plan by electing continuation coverage. If you do not timely elect and pay for continuation coverage, you may experience a gap in coverage and may not be able to use your previous group health plan coverage as a credit toward reducing any pre-existing condition limitation or exclusion. In addition, if you do not exhaust your continuation coverage, you will lose the guaranteed right to purchase individual health insurance policies that do not impose such pre-existing condition exclusions. Finally, you should take into account that you have special enrollment rights under federal law. You have the right to request special enrollment in another group health plan for which you are otherwise eligible (such as a plan sponsored by your spouse's employer) within 30 days after your group health coverage ends because of the qualifying event listed above. You will also have the same special enrollment right at the end of continuation coverage if you keep continuation coverage for the maximum time available to you.

More Information: This notice does not fully describe your continuation coverage or other plan rights. You can find more complete information in your summary plan description, plan booklet or certificate. If you have questions about your COBRA rights or this notice, please contact CONTACT PERSON at PHONE NUMBER. It is important to keep SAMPLE CLIENT informed of address changes for all qualified beneficiaries. This notice contains important information about your rights and responsibilities under the COBRA law. Please keep this notice for future reference.

Women's Health and Cancer Rights Act of 1998 (WHCRA): WHCRA requires a group health plan to notify you, as a participant or a beneficiary, of your potential rights related to coverage in connection with a mastectomy. Your plan may provide medical and surgical benefits in connection with a mastectomy and reconstructive surgery. If it does, coverage will be provided in a manner determined in consultation with your attending physician and the patient for a) all stages of reconstruction on the breast on which the mastectomy was performed; b) surgery and reconstruction of the other breast to produce a symmetrical appearance; c) prostheses; and d) treatment of physical complications of the mastectomy, including lymphedema. The coverage, if available under your group health plan, is subject to the same deductible and coinsurance applicable to other medical and surgical benefits provided under the plan. For specific information, please refer to your summary plan description or benefits booklet, or contact SAMPLE CLIENT.



ARRA Subsidy Provisions

(For qualifying events on or after February 17, 2009, and on or before May 31, 2010.)

Under the American Recovery and Reinvestment Act of 2009 (ARRA) you may be eligible to pay only 35% of your COBRA premium. The other 65% would be government paid for up to 15 months, but only if: (1) You are, and continue to be, eligible for the premium subsidy; and (2) You elect to continue COBRA coverage. In addition, as indicated below, ARRA has been further changed by the Department of Defense Appropriations Act, 2010 (2010 DOD Act), the Temporary Extension Act of 2010, and the Continuing Extension Act of 2010.

Who is Eligible for the 65% COBRA Premium Subsidy?

Assistance eligible individuals (AEIs) are entitled to elect COBRA coverage and pay only 35% of the applicable premium.

An AEI must meet all of the following requirements:

1. You lost group health plan coverage due to a covered employee being ***involuntarily terminated from employment*** during the period from September 1, 2008 through May 31, 2010.
2. You elect COBRA continuation coverage.
3. You are not eligible for other group health plan coverage or Medicare.

AEIs include spouses and dependent children of the covered employee whose coverage was lost due to an ***involuntary termination of employment***. Eligibility for the premium subsidy under ARRA does not allow eligibility for the HCTC under the Trade Act.

Subsidy Reduction: Subsidy Reduction: For modified adjusted gross income (MAGI) between \$125,000 and \$145,000 (or between \$250,000 and \$290,000 for married, filing jointly), the subsidy available would be reduced proportionately. An AEI may irrevocably opt out of receiving the subsidy. An AEI who fails to opt out and whose MAGI exceeds these limits (i.e., \$145,000 for single individuals and \$290,000 for married, filing jointly) would owe an additional tax on the federal tax return equal to the amount of the subsidy.

How Long Does the Premium Subsidy Last?

The subsidy would start as of the first period of COBRA continuation coverage under the Plan and would continue until the earliest of the following:

1. 15 months from the first date of the first month in which you receive the subsidy.
2. When you would become ELIGIBLE for coverage under any other group health plan (other than certain permitted coverage described below) or Medicare.
3. The date on which you would cease to be eligible for COBRA coverage (e.g., failure to pay the premium timely).

Caution: You must notify the plan if you or any related AEI are eligible for any other group health plan coverage or Medicare and NO longer eligible to receive the premium subsidy. A COBRA premium subsidy ineligibility notice is included for this purpose. Failure to notify the plan may result in a penalty in the amount of 110% of the subsidy received for periods during which you were not eligible for the subsidy.

The following types of permitted coverage will not disqualify an AEI from receiving the premium subsidy:

1. Coverage that is only dental, vision, counseling or referral services (or a combination of those services).
2. Coverage under a Health FSA under Section 106(c) (2) of the Code.
3. Coverage through an on-site medical facility maintained by the employer, consisting primarily of first-aid services, prevention and wellness care, or similar care (or a combination thereof).

How Does an AEI Elect the Premium Subsidy?

An AEI must elect COBRA by completing the required forms.

Does this Election Extend the Period that COBRA Continuation Coverage is Available?

No. The premium subsidy under ARRA does not extend the period of COBRA coverage. Instead, ARRA provides a reduced COBRA premium for a limited period of time to make COBRA continuation coverage more affordable.

What if I Receive a Health Coverage Tax Credit (HCTC)?

You may decide whether you wish to receive the COBRA subsidy or the HCTC. You may not receive both. ARRA made several changes to the provisions of the Trade Act of 2002, which created the HCTC. These changes include:

1. An increase in the amount of the HCTC from 65% to 80% of premiums for coverage from May 1, 2009, through December 31, 2010.
2. Temporary extensions of the maximum period of COBRA continuation coverage for covered employees with a nonforfeitable right to a benefit from the Pension Benefit Guaranty Corporation and for those individuals who are eligible for Trade Adjustment Assistance.

If you have questions about the HCTC, please call the HCTC Customer Contact Center toll-free at 866-628-4282. TTD/TTY callers may call toll-free at 866-626-4282. More information about the Trade Act is also available at www.doleta.gov/tradeact.

How Did the 2010 DOD Act, the Temporary Extension Act of 2010, and the Continuing Extension Act of 2010 Change ARRA?

Under these laws, the ARRA subsidy program was changed on December 19, 2009, (2010 DOD Act Enactment Date), March 2, 2010 (Temporary Extension Act of 2010 Enactment Date) and April 15, 2010 (Continuing Extension Act of 2010 Enactment Date). The changes took immediate effect and include:

- **Extended Eligibility Period.** The eligibility period for becoming an assistance eligible individual (AEI) now ends May 31, 2010, instead of December 31, 2009. Your continuation coverage can start after May 31, 2010, as long as the qualifying event occurs no later than May 31, 2010.
- **Extended Subsidy Period.** The maximum ARRA subsidy period is now 15 months for all AEIs. This would include any AEIs whose subsidy previously expired on or after November 16, 2009.
- **Reduction in Hours Followed by Involuntary Termination.** The ARRA subsidy is now available to individuals who experience a reduction in hours followed by an involuntary termination of employment if that termination occurs on or after March 2, 2010, and on or before May 31, 2010. The subsidy begins with the first period of coverage after the termination. In this limited circumstance, those Qualified Beneficiaries who never elected COBRA or discontinued COBRA have a new special election right for electing COBRA. The special election period ends 60 days after notice is sent. Qualified Beneficiaries making this special election do not have to pay for any gap in coverage between the original loss of coverage date and the first period of coverage after the involuntary termination of employment date. For pre-existing conditions, any gap in coverage is not treated as a "break in coverage" under relevant HIPAA rules. This does not change the length of the COBRA maximum coverage period. It is still based on the original reduction in hours Qualifying Event date.

General Notice Of COBRA Continuation Coverage Rights
(For use by single-employer group health plans)

**** Continuation Coverage Rights Under COBRA ****

Introduction

You're getting this notice because you recently gained coverage under a group health plan Providence. . This notice has important information about your right to COBRA continuation coverage, which is a temporary extension of coverage under the Plan. **This notice explains COBRA continuation coverage, when it may become available to you and your family, and what you need to do to protect your right to get it.** When you become eligible for COBRA, you may also become eligible for other coverage options that may cost less than COBRA continuation coverage.

The right to COBRA continuation coverage was created by a federal law, the Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act of 1985 (COBRA). COBRA continuation coverage can become available to you and other members of your family when group health coverage would otherwise end. For more information about your rights and obligations under the Plan and under federal law, you should review the Plan's Summary Plan Description or contact the Plan Administrator.

You may have other options available to you when you lose group health coverage. For example, you may be eligible to buy an individual plan through the Health Insurance Marketplace. By enrolling in coverage through the Marketplace, you may qualify for lower costs on your monthly premiums and lower out-of-pocket costs. Additionally, you may qualify for a 30-day special enrollment period for another group health plan for which you are eligible (such as a spouse's plan), even if that plan generally doesn't accept late enrollees.

What is COBRA continuation coverage?

COBRA continuation coverage is a continuation of Plan coverage when it would otherwise end because of a life event. This is also called a "qualifying event." Specific qualifying events are listed later in this notice. After a qualifying event, COBRA continuation coverage must be offered to each person who is a "qualified beneficiary." You, your spouse, and your dependent children could become qualified beneficiaries if coverage under the Plan is lost because of the qualifying event. Under the Plan, qualified beneficiaries who elect COBRA continuation coverage must pay for COBRA continuation coverage.

If you're an employee, you'll become a qualified beneficiary if you lose your coverage under the Plan because of the following qualifying events:

- Your hours of employment are reduced, or
- Your employment ends for any reason other than your gross misconduct.

If you're the spouse of an employee, you'll become a qualified beneficiary if you lose your coverage under the Plan because of the following qualifying events:

- Your spouse dies;
- Your spouse's hours of employment are reduced;
- Your spouse's employment ends for any reason other than his or her gross misconduct;
- Your spouse becomes entitled to Medicare benefits (under Part A, Part B, or both); or
- You become divorced or legally separated from your spouse.

Your dependent children will become qualified beneficiaries if they lose coverage under the Plan because of the following qualifying events:

- The parent-employee dies;
- The parent-employee's hours of employment are reduced;
- The parent-employee's employment ends for any reason other than his or her gross misconduct;
- The parent-employee becomes entitled to Medicare benefits (Part A, Part B, or both);
- The parents become divorced or legally separated; or
- The child stops being eligible for coverage under the Plan as a "dependent child."

When is COBRA continuation coverage available?

The Plan will offer COBRA continuation coverage to qualified beneficiaries only after the Plan Administrator has been notified that a qualifying event has occurred. The employer must notify the Plan Administrator of the following qualifying events:

- The end of employment or reduction of hours of employment;
- Death of the employee;
- The employee's becoming entitled to Medicare benefits (under Part A, Part B, or both).

For all other qualifying events (divorce or legal separation of the employee and spouse or a dependent child's losing eligibility for coverage as a dependent child), you must notify the Plan Administrator within 60 days after the qualifying event occurs. You must provide this notice to: Rexius Forest By-Products[.

How is COBRA continuation coverage provided?

Once the Plan Administrator receives notice that a qualifying event has occurred, COBRA continuation coverage will be offered to each of the qualified beneficiaries. Each qualified beneficiary will have an independent right to elect COBRA continuation coverage. Covered employees may elect COBRA continuation coverage on behalf of their spouses, and parents may elect COBRA continuation coverage on behalf of their children.

COBRA continuation coverage is a temporary continuation of coverage that generally lasts for 18 months due to employment termination or reduction of hours of work. Certain qualifying events, or a second qualifying event during the initial period of coverage, may permit a beneficiary to receive a maximum of 36 months of coverage.

There are also ways in which this 18-month period of COBRA continuation coverage can be extended:

Disability extension of 18-month period of COBRA continuation coverage

If you or anyone in your family covered under the Plan is determined by Social Security to be disabled and you notify the Plan Administrator in a timely fashion, you and your entire family may be entitled to get up to an additional 11 months of COBRA continuation coverage, for a maximum of 29 months. The disability would have to have started at some time before the 60th day of COBRA continuation coverage and must last at least until the end of the 18-month period of COBRA continuation coverage ***Second qualifying event extension of 18-month period of continuation coverage***

If your family experiences another qualifying event during the 18 months of COBRA continuation coverage, the spouse and dependent children in your family can get up to 18 additional months of COBRA continuation coverage, for a maximum of 36 months, if the Plan is properly notified about the second qualifying event. This extension may be available to the spouse and any dependent children getting COBRA continuation coverage if the employee or former employee dies; becomes entitled to Medicare benefits (under Part A, Part B, or both); gets divorced or legally separated; or if the dependent child stops being eligible under the Plan as a dependent child. This extension is only available if the second qualifying event would have caused the spouse or dependent child to lose coverage under the Plan had the first qualifying event not occurred.

Are there other coverage options besides COBRA Continuation Coverage?

Yes. Instead of enrolling in COBRA continuation coverage, there may be other coverage options for you and your family through the Health Insurance Marketplace, Medicaid, or other group health plan coverage options (such as a spouse's plan) through what is called a "special enrollment period." Some of these options may cost less than COBRA continuation coverage. You can learn more about many of these options at www.healthcare.gov.

If you have questions

Questions concerning your Plan or your COBRA continuation coverage rights should be addressed to the contact or contacts identified below. For more information about your rights under the Employee Retirement Income Security Act (ERISA), including COBRA, the Patient Protection and Affordable Care Act, and other laws affecting group health plans, contact the nearest Regional or District Office of the U.S. Department of Labor's Employee Benefits Security Administration (EBSA) in your area or visit www.dol.gov/ebsa. (Addresses and phone numbers of Regional and District EBSA Offices are available through EBSA's website.) For more information about the Marketplace, visit www.HealthCare.gov.

Keep your Plan informed of address changes

To protect your family's rights, let the Plan Administrator know about any changes in the addresses of family members. You should also keep a copy, for your records, of any notices you send to the Plan Administrator.

Plan contact information

Providence Health Plans
Rexius Forest By-Products
P.O. Box 22838, Eugene, Or 97402
541-342-1835



**Seguro Grupal de Vida a Término
Vida y AD&D**

RESUMEN DE BENEFICIOS

Patrocinado por: **Rexius Forest By-Products, Inc.**

*Todos los Empleados Asalariados de Tiempo Completo
Todos los Empleados de Tiempo Completo pagado por Hora*

Cobertura	Cantidad de Beneficio del Empleado	Cantidad de Beneficio del Cónyuge/Pareja Doméstica y Dependientes
Vida	\$20,000	\$1,000 Cónyuge/Pareja Doméstica \$1,000 para Hijo(a): de 14 días de vida hasta los 6 meses. \$1,000 para Hijo(a): de 6 meses de nacido hasta los 19 años de edad (hasta los 23 años si está estudiando tiempo completo)
Emisión Garantizada	\$20,000	
AD&D	Será igual al Beneficio de Vida	N/A
Reducción de beneficios	Empleado	Cónyuge/Pareja Doméstica
Benefits will reduce:	35% hasta los 65 años Un 25% adicional de la cantidad original al cumplir 70 años de edad Un 15% adicional de la cantidad original al cumplir 75 años de edad Los beneficios terminarán a la jubilación.	Los beneficios terminarán al Cónyuge/Pareja Doméstica cumplir 70 años de edad
Beneficios adicionales		
Ver la página de Definiciones para:	Beneficio por Muerte Acelerada Cinturón de Seguridad - Bolsa de Aire - Transportista con Itinerario Conversión	
Inscripción de Cobertura	Empleado	Cónyuge/Pareja Doméstica o Dependiente
Eligibility:	Todos los empleados en una clase elegible.	La fecha de vigencia de cobertura será retrasada si el Cónyuge/Pareja Doméstica o dependiente está en un periodo limitado en la fecha que la cobertura entre en vigencia.

(Continúa)

Definiciones

Beneficio Por Muerte Acelerada

Beneficio por muerte acelerada proporciona una opción para retirar un porcentaje de sus seguros de vida cuando diagnosticado como desahuciado (definido como en la póliza). Beneficio por muerte acelerada será reducido por la cantidad retirada. Para calificar, usted deberá haber tenido cobertura bajo esta póliza por la cantidad de tiempo necesaria definida por la póliza.

AD&D

El seguro por Muerte Accidental y Desmembramiento (AD&D) proporciona beneficios específicos por lesiones corporales sufridas en un accidente bajo cobertura que directamente cause desmembramiento (p.ej.: la pérdida de una mano, pie o un ojo), sujeto a limitaciones de la póliza

Conversión

Si termina su empleo o deja de ser elegible para esta cobertura, entonces tendrá la opción de convertir total o parcialmente la cantidad de cobertura vigente para una póliza de vida individual en la fecha de la terminación sin presentar Evidencia de Asegurabilidad. La elección de conversión se deberá realizar antes de 31 días después del cese de empleo.

Emisión Garantizada

Para los participantes que se inscriban oportunamente, en un plazo de 31 días después de ser elegibles, hay disponible hasta la cantidad de Emisión Garantizada sin necesidad de presentar Evidencia de Asegurabilidad. Será necesario presentar Evidencia de Asegurabilidad y el costo correrá por cuenta de los interesados por cualquier cantidad mayor a la Emisión garantizada, por inscripciones tardías o por aumentos en la cantidad de seguro.

Cinturón de Seguridad- Bolsa de Aire - Transportista con Itinerario

Si usted fallece como resultado de un accidente automovilístico bajo cobertura y llevaba puesto su cinturón de seguridad o conducía en un vehículo equipado con bolsas de aire, los beneficios serán pagaderos hasta por \$10,000 o el 10% de la suma principal, lo que sea menor. Si la pérdida ocurre debido a un accidente mientras se conduce como pasajero en un transporte público con itinerario, los beneficios serán el doble de la cantidad que sería de otra manera aplicable, según se describe en el certificado.

Actividad Limitada

Período en el cual un Cónyuge/Pareja Doméstica o un dependiente se encuentra recluido en una instalación de atención médica; o bien, recluido o no, está incapacitado para realizar las actividades regulares y usuales de una persona saludable de la misma edad y género.

Seguro de Vida a Término

Un beneficio por muerte se pagará al beneficiario designado al fallecer el asegurado. La cobertura se proporciona durante el período de tiempo que usted sea elegible y se paguen las primas. No hay valor en efectivo asociado con este producto.

Beneficios Adicionales

LifeKeysSM

Servicios cibernéticos para la preparación de su última voluntad y testamento, recursos para robo de identidad y apoyo de asistencia al beneficiario para todos los empleados y dependientes elegibles con cobertura bajo la póliza Grupal de Vida a Término y/o AD&D.

TravelConnectSM

Servicios de asistencia de viaje para empleados y dependientes elegibles que se encuentren de viaje a más de 100 millas de su lugar de residencia.

Para asistencia o información adicional Contacte a Lincoln Financial Group al	
(800) 423-2765; ID de referencia: REXIUSFBP	www.LincolnFinancial.com

NOTA: Este resumen no es una descripción completa de la cobertura de seguros que se ofrece. Las disposiciones que rigen están incluidas en la póliza, y este resumen no modifica dichas provisiones ni el seguro de manera alguna. Este resumen no es un contrato. Se le emitirá un certificado de cobertura que le describirá los beneficios en mayor detalle. Si hubiese diferencias entre este resumen y el contrato, prevalecerá el contrato.

©2014 Lincoln National Corporation

Los productos de Group Insurance son emitidos por The Lincoln National Life Insurance Company (Ft. Wayne, IN), la cual no tiene autorización y de hecho no solicita negocios en New York. En New York, los productos de seguro de grupo son emitidos por Lincoln Life & Annuity Company of New York (Syracuse, NY). Ambas son compañías de Lincoln Financial Group. La disponibilidad de producto y/u otras opciones pueden variar según el estado. Lincoln Financial Group es el nombre de mercadeo de Lincoln National Corporation y sus afiliadas. Cada una de las afiliadas es exclusivamente responsable de sus propias obligaciones financieras y contractuales.

RESUMEN DE BENEFICIOS

Patrocinado por: **Rexius Forest By-Products, Inc.**

Todos los Empleados de Tiempo Completo pagado por Hora

La cobertura de Discapacidad a corto plazo está destinada a proteger su ingreso por un corto tiempo en caso que usted quede enfermo o lesionado.

Beneficio de STD

Beneficio Semanal	Periodo de Eliminación	Duración Máxima del Beneficio
70% de su salario semanal hasta \$350 por semana	Los Beneficios Comienzan: Por Accidente: 1 día Por Enfermedad: 4 día	26 semanas

Integración de Beneficios Sus beneficios podrían disminuir según los beneficios recibidos de programas estatales por discapacidad o indemnización al trabajador.

Beneficios Adicionales

Para más información, vea sus Beneficios en Detalle en su Certificado

Inscripción de Cobertura

Elegibilidad: Todos los empleados en una clase elegible.

Explicación de Sus Beneficios

Discapacidad Total	Debido a una lesión o enfermedad, no puede realizar con una continuidad razonable las actividades principales y esenciales necesarias en su ocupación habitual.
Discapacidad Parcial	Discapacidad parcial significa que, debido a una lesión o enfermedad, no puede realizar una o más de las actividades principales de su ocupación habitual a tiempo completo. Los beneficios de Discapacidad parcial pueden ser pagaderos si usted está ganando al menos el 20% del ingreso que usted ganaba antes de quedar Discapacitado, pero no más del 99%. Los beneficios por Discapacidad parcial le permiten trabajar y obtener ingresos de su empleador y además recibir beneficios, los cuales pueden permitirle recibir el 100% de su ingreso durante su tiempo de Discapacidad.
Continuación de Discapacidad	Si usted regresa a trabajar a tiempo completo pero vuelve a sufrir de la misma discapacidad en un lapso de 6 meses después de regresar al trabajo, usted podrá volver a comenzar a recibir beneficios inmediatamente.
Exclusiones de Beneficios	Usted no recibirá beneficios en las circunstancias siguientes: <ul style="list-style-type: none">• Su Discapacidad es el resultado de lesiones auto infligidas;• Usted no está bajo el cuidado regular de un médico cuando este solicitando los beneficios de Discapacidad.• Su Discapacidad tiene cobertura bajo un plan de seguro de indemnización al trabajador y/o se debe a una enfermedad o lesión relacionada con el trabajo.• Usted está recibiendo pago bajo un plan de continuación de salario o de jubilación patrocinado por el poseedor de la póliza de grupo.
Reducciones de Beneficios	Se pueden reducir sus beneficios si usted está recibiendo beneficios de cualquiera de las fuentes siguientes: <ul style="list-style-type: none">• Cualquier sistema de jubilación auspiciado por el gobierno como resultado de trabajar para el poseedor de la póliza actual;• Cualquier beneficio de Discapacidad o de jubilación recibido en virtud de un plan de jubilación;• Cualquier beneficio del Seguro Social, plan o ley similar;• Los ingresos que la persona asegurada devenga o recibe por cualquier forma de empleo.• Usted está recibiendo pagos de su empleador por ausencia debido a una enfermedad.• Ingreso de beneficios por Discapacidad recibidos bajo leyes estatales de beneficio por Discapacidad.
Terminación de Beneficios	Esta cobertura terminará cuando usted deje de trabajar para el poseedor de esta póliza, o cuando se jubile.

Para asistencia o información adicional Contacte a Lincoln Financial Group al

(800) 423-2765; ID de referencia: REXIUSFBP

www.LincolnFinancial.com

NOTA: Este resumen no es una descripción completa de la cobertura de seguros que se ofrece. Las disposiciones que rigen están incluidas en la póliza; y este resumen no modifica dichas provisiones ni el seguro de manera alguna. Este resumen no es un contrato. Se le emitirá un certificado de cobertura que le describirá los beneficios en mayor detalle. Si hubiese diferencias entre este resumen y el contrato, prevalecerá el contrato.

©2014 Lincoln National Corporation

Los productos de Group Insurance son emitidos por The Lincoln National Life Insurance Company (Ft. Wayne, IN), la cual no tiene autorización y de hecho no solicita negocios en New York. En New York, los productos de seguro de grupo son emitidos por Lincoln Life & Annuity Company of New York (Syracuse, NY). Ambas son compañías de Lincoln Financial Group. La disponibilidad de producto y/u otras opciones pueden variar según el estado. Lincoln Financial Group es el nombre de mercadeo de Lincoln National Corporation y sus afiliadas. Cada una de las afiliadas es exclusivamente responsable de sus propias obligaciones financieras y contractuales.

Opciones de cobertura en el mercado de seguros médicos y su cobertura médica

Información general

Con ciertas partes claves de la ley de salud que han tomado efecto en el 2014, hay una nueva forma de adquirir seguros médicos: a través del **mercado de seguros médicos**. A fin de ayudarle mientras evalúa las opciones para usted y su familia, este aviso brinde información básica sobre el nuevo mercado y la cobertura médica basada en el empleo que brinde Rexius Forest By-Products, Inc..

¿Qué es el mercado de seguros médicos?

El mercado está diseñado para ayudarle a encontrar un seguro médico que satisfaga sus necesidades y se ajuste a su presupuesto. El mercado ofrece opciones de compra en un solo sitio, para buscar y comparar opciones de seguros médicos privados. También es posible que sea elegible para un nuevo tipo de crédito tributario que reduce su prima mensual de inmediato.

El periodo de inscripción comienza en el 1 de noviembre y acaba el 15 de diciembre del año anterior de el año del plan de beneficios. Personas también pueden calificar para un periodo de inscripción especial fuera de la inscripción abierta, si es que sufren un cierto evento. (Lea Periodo especial de inscripción y Eventos calificados)

¿Puedo ahorrar dinero en las primas del seguro médico que ofrece el mercado?

Es posible que tenga la oportunidad de ahorrar dinero y reducir su prima mensual, pero solo si su empleador no ofrece cobertura médica u ofrece una cobertura que no cumple con determinadas normas. Los ahorros en la prima por la cual puede ser elegible dependen de los ingresos de su familia.

¿La cobertura médica del empleador afecta la elegibilidad para los ahorros en la prima a través del mercado?

Sí. Si su empleador brinda cobertura médica que cumple con determinadas normas, tal vez no será elegible para un crédito tributario a través del mercado dependiendo en lo siguiente y en su ingreso familiar. Es posible que desee inscribirse en el plan de salud de su empleador. No obstante, es posible que sea elegible para un crédito tributario que reduce la prima mensual o para una reducción en la cuota de los costos si su empleador no brinda cobertura o no brinda cobertura que cumple con determinadas normas. Si el costo del plan de su empleador que le brindaría cobertura a usted (y no, a los demás miembros de la familia) supera el 9.86 % del ingreso anual de su familia, o si la cobertura médica que brinda su empleador no cumple con la norma de "valor mínimo" establecida por la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio (Affordable Care Act o ACA, por sus siglas en inglés), es posible que sea elegible para un crédito tributario. *Nota: para los planes que comienzan en el 2020, el porcentaje de ingresos cambiara a 9.78%.*

Nota: Si adquiere un plan de salud a través del mercado en lugar de aceptar la cobertura médica que brinda su empleador, es posible que pierda las contribuciones (si las hay) que el empleador da para la cobertura médica que brinda. Además, las contribuciones del empleador (así como sus

las contribuciones como empleado para la cobertura médica que brinda el empleador) a menudo se excluyen del ingreso sujeto impuesto federal y estatal. Los pagos para la cobertura médica a través del mercado se realizan después de impuestos.

¿Cómo puedo obtener más información?

Para obtener más información sobre la cobertura que brinda el empleador, consulte Descripción Resumida del Plan o comuníquese con su empleador.

El mercado puede ayudarlo a evaluar sus opciones de cobertura, incluida su elegibilidad para la cobertura a través del mercado y sus costos. Visite CuidadoDeSalud.gov para obtener más información, incluida una solicitud en línea de cobertura de seguros médicos e información de contacto para un mercado de seguros médicos en su área.

Información sobre la cobertura médica que brinda su empleador

Esta sección incluye información sobre la cobertura médica que brinda su empleador. Si decide completar una solicitud de cobertura médica en el mercado, deberá brindar esta información.

Esta información está enumerada de forma tal que coincida con la solicitud del mercado.

1. Nombre del empleador: Rexius Forest By-Products, Inc.
2. Número de identificación del empleador (EIN): 93-0925466
3. Dirección del empleador: PO Box 22838
4. Número telefónico del empleador: (541) 342-1835
5. Ciudad: Eugene
6. Estado: OR
7. Código Postal: 97402
8. ¿Con quién podemos comunicarnos en relación con la cobertura médica del empleado en este empleo? Con: Jerry Cunningham
9. Número de teléfono: (541) 342-1835
10. Correo electrónico: jerryc@rexius.com

A continuación, encontrará información básica sobre la cobertura médica que brinda este empleador:

- Como su empleador, ofrecemos un plan de salud para: Empleados Elegibles.
Empleados elegibles son: Hourly employees working 30 or more hours per week and Salaried employees working 20 or more hours per week.
- En cuanto a los dependientes: Se le ofrece cobertura a todos los dependientes elegibles.
Dependientes elegibles son: Legal spouse, same gender domestic partners and eligible dependent children as described in the medical carrier's employee booklet.

Esta cobertura médica cumple con la norma de valor mínimo. Asimismo, el costo de la cobertura se pretende que sea asequible para usted según los salarios de los empleados.

*Incluso si el objetivo de su empleador es brindarle cobertura asequible, es posible que sea elegible para obtener un descuento en la prima a través del mercado. El mercado utilizará el ingreso de su grupo familiar, junto con otros factores, para determinar si es elegible para recibir un descuento en la prima. Si, por ejemplo, sus salarios varían de una semana a la otra (tal vez es un empleado por hora o trabaja con comisiones), si fue contratado recientemente a mitad de año o si tiene otras pérdidas de ingreso, aun así es posible que reúna los requisitos para recibir un

descuento en la prima. Si decide adquirir cobertura a través del mercado, visite CuidadoDeSalud.gov para obtener instrucciones sobre cómo hacerlo.

*Un plan de salud patrocinado por el empleador cumple con la "norma de valor mínimo" si la participación del plan en los costos totales de beneficios permitidos cubiertos por el plan no es inferior al 60 por ciento de dichos costos.

**REXIUS FOREST BY-PRODUCTS, INC. 401(K) PROFIT SHARING PLAN
SUMMARY PLAN DESCRIPTION**

TABLE OF CONTENTS

INTRODUCTION TO YOUR PLAN

What kind of Plan is this? 1
What information does this Summary provide? 1

ARTICLE I
PARTICIPATION IN THE PLAN

How do I participate in the Plan? 1
How is my service determined for purposes of Plan eligibility? 1
What service is counted for purposes of Plan eligibility? 2
What happens if I'm a participant, terminate employment and then I'm rehired? 2

ARTICLE II
EMPLOYEE CONTRIBUTIONS

What are elective deferrals and how do I contribute them to the Plan? 2
What are rollover contributions? 3

ARTICLE III
EMPLOYER CONTRIBUTIONS

What is the safe harbor contribution? 3
What is the Employer matching contribution and how is it allocated? 3
What is the Employer nonelective contribution and how is it allocated? 4

ARTICLE IV
COMPENSATION AND ACCOUNT BALANCE

What compensation is used to determine my Plan benefits? 4
Is there a limit on the amount of compensation which can be considered? 5
Is there a limit on the amount of compensation which can be considered? 5
Is there a limit on how much can be contributed to my account each year? 5
Will Plan expenses be deducted from my account balance? 5

ARTICLE V
VESTING

What is my vested interest in my account? 6
How is my service determined for vesting purposes? 6
What service is counted for vesting purposes? 6
What happens to my non-vested account balance if I'm rehired? 7
What happens if the Plan becomes a "top-heavy plan"? 7

ARTICLE VI
DISTRIBUTIONS PRIOR TO TERMINATION OF EMPLOYMENT

Can I withdraw money from my account while working? 7

ARTICLE VII
DISTRIBUTIONS UPON TERMINATION OF EMPLOYMENT

When can I get money out of the Plan? 7
What is Normal Retirement Age and what is the significance of reaching Normal Retirement Age? 8
What happens if I terminate employment due to disability? 8
In what method and form will my benefits be paid to me? 8

ARTICLE VIII
DISTRIBUTIONS UPON DEATH

What happens if I die while working for the Employer? 8
Who is the beneficiary of my death benefit? 8
How will the death benefit be paid to my beneficiary? 9
When must the last payment be made to my beneficiary (required minimum distributions)? 9
What happens if I terminate employment, commence payments and then die before receiving all of my benefits? 10
Does the Plan provide life insurance? 10

ARTICLE IX
TAX TREATMENT OF DISTRIBUTIONS

What are my tax consequences when I receive a distribution from the Plan? 10
Can I elect a rollover to reduce or defer tax on my distribution? 10

ARTICLE X
LOANS

Is it possible to borrow money from the Plan? 11

ARTICLE XI
PROTECTED BENEFITS AND CLAIMS PROCEDURES

Are my benefits protected? 11
Are there any exceptions to the general rule? 11
Can the Employer amend the Plan? 11
What happens if the Plan is discontinued or terminated? 11
How do I submit a claim for Plan benefits? 11
What if my benefits are denied? 11
What is the claims review procedure? 12
What are my rights as a Plan participant? 13
What can I do if I have questions or my rights are violated? 14

ARTICLE XII
GENERAL INFORMATION ABOUT THE PLAN

Plan Name 14
Plan Number 14
Plan Trustee Information and Plan Funding Medium 14
Other Plan Information 14
Employer Information 15
Plan Administrator Information 15

REXIUS FOREST BY-PRODUCTS, INC. 401(K) PROFIT SHARING PLAN

SUMMARY PLAN DESCRIPTION

INTRODUCTION TO YOUR PLAN

What kind of Plan is this?

Rexius Forest By-Products, Inc. 401(k) Profit Sharing Plan ("Plan") has been adopted to provide you with the opportunity to save for retirement on a tax-advantaged basis. This Plan is a type of qualified retirement plan commonly referred to as a 401(k) Plan. As a participant under the Plan, you may elect to contribute a portion of your compensation to the Plan.

What information does this Summary provide?

This Summary Plan Description ("SPD") contains information regarding when you may become eligible to participate in the Plan, your Plan benefits, your distribution options, and many other features of the Plan. You should take the time to read this SPD to get a better understanding of your rights and obligations under the Plan.

In this SPD, the Employer has addressed the most common questions you may have regarding the Plan. If this SPD does not answer all of your questions, please contact the Plan Administrator or other plan representative. The Plan Administrator is responsible for responding to questions and making determinations related to the administration, interpretation, and application of the Plan. The name of the Plan Administrator can be found at the end of this SPD in the Article entitled "General Information about the Plan."

This SPD describes the Plan's benefits and obligations as contained in the legal Plan document, which governs the operation of the Plan. The Plan document is written in much more technical and precise language and is designed to comply with applicable legal requirements. If the non-technical language in this SPD and the technical, legal language of the Plan document conflict, the Plan document always governs. If you wish to receive a copy of the legal Plan document, please contact the Plan Administrator.

The Plan and your rights under the Plan are subject to federal laws, such as the Employee Retirement Income Security Act (ERISA) and the Internal Revenue Code, as well as some state laws. The provisions of the Plan are subject to revision due to a change in laws or due to pronouncements by the Internal Revenue Service (IRS) or Department of Labor (DOL). The Employer may also amend or terminate this Plan. If the provisions of the Plan that are described in this SPD change, the Employer will notify you.

ARTICLE I PARTICIPATION IN THE PLAN

How do I participate in the Plan?

You may begin participating under the Plan once you have satisfied the eligibility requirements and reached your Entry Date, except as indicated above. The following describes Excluded Employees, if any, the eligibility requirements and Entry Dates that apply. You should contact the Plan Administrator if you have questions about the timing of your Plan participation.

Eligibility Conditions. You will be eligible to participate when you have completed one (1) Year of Service and have attained age 21. However, you will actually participate once you reach the Entry Date as described below.

Entry Date. Your Entry Date will be the first day of the Plan Year or the first day of the seventh month of the Plan Year coinciding with or next following the date you satisfy the eligibility requirements.

Excluded Employees. If you are a member of a class of employees identified below, you are an Excluded Employee and you are not entitled to participate in the Plan. The Excluded Employees are:

- union employees whose employment is governed by a collective bargaining agreement under which retirement benefits were the subject of good faith bargaining
- certain nonresident aliens who have no earned income from sources within the United States

Year of Service. You will have completed a Year of Service if, at the end of your first twelve months of employment with the Employer, you have been credited with at least 1,000 Hours of Service. If you have not been credited with 1,000 Hours of Service by the end of your first twelve months of employment, you will have completed a Year of Service at the end of any following Plan Year during which you were credited with 1,000 Hours of Service.

Hour of Service. You will be credited with your actual Hours of Service for:

- (a) each hour for which you are directly or indirectly compensated by the Employer for the performance of duties during the Plan Year;

(b) each hour for which you are directly or indirectly compensated by the Employer for reasons other than the performance of duties (such as vacation, holidays, sickness, disability, lay-off, military duty, jury duty or leave of absence during the Plan Year) but credit will not exceed 501 hours of service for any single continuous period during which you perform no duties; and

(c) each hour for back pay awarded or agreed to by the Employer.

You will not be credited for the same Hours of Service both under (a) or (b), as the case may be, and under (c).

What service is counted for purposes of Plan eligibility?

Service with the Employer. In determining whether you satisfy the minimum service requirements to participate under the Plan, all service you perform for the Employer will be counted.

Service with another Employer. For eligibility purposes, your Years of Service with [] will be counted. See the Plan Administrator for details if you think you may be affected by this provision.

Military Service. If you are a veteran and are reemployed under the Uniformed Services Employment and Reemployment Rights Act of 1994, your qualified military service may be considered service with the Employer. If you may be affected by this law, ask the Plan Administrator for further details.

What happens if I'm a participant, terminate employment and then I'm rehired?

If you are no longer a participant because of a termination of employment, and you are rehired, then you will be able to participate in the Plan on the date on which you are rehired if you are otherwise eligible to participate in the Plan.

ARTICLE II EMPLOYEE CONTRIBUTIONS

What are elective deferrals and how do I contribute them to the Plan?

Elective Deferrals. As a participant under the Plan, you may elect to reduce your compensation by a specific percentage or dollar amount and have that amount contributed to the Plan as an elective deferral. There are two types of elective deferrals: pre-tax deferrals and Roth deferrals. For purposes of this SPD, "elective deferrals" generally means both pre-tax deferrals and Roth deferrals. Regardless of the type of deferral you make, the amount you defer is counted as compensation for purposes of Social Security taxes.

Pre-Tax Deferrals. If you elect to make pre-tax deferrals, then your taxable income is reduced by the deferral contributions so you pay less in federal income taxes. Later, when the Plan distributes the deferrals and earnings, you will pay the taxes on those deferrals and the earnings. Therefore, with a pre-tax deferral, federal income taxes on the deferral contributions and on the earnings are only postponed. Eventually, you will have to pay taxes on these amounts.

Roth Deferrals. If you elect to make Roth deferrals, the deferrals are subject to federal income taxes in the year of deferral. However, the deferrals and, in certain cases, the earnings on the deferrals are not subject to federal income taxes when distributed to you. In order for the earnings to be tax free, you must meet certain conditions. See "What are my tax consequences when I receive a distribution from the Plan?" below.

Deferral procedure. The amount you elect to defer will be deducted from your pay in accordance with a procedure established by the Plan Administrator. If you wish to defer, the procedure will require that you enter into a salary reduction agreement. You may elect to defer a portion of your compensation payable on or after your Entry Date. Such election will become effective as soon as administratively feasible after it is received by the Plan Administrator. Your election will remain in effect until you modify or terminate it.

Deferral modifications. You may revoke or make modifications to your salary deferral election in accordance with procedures that the Employer provides. See the Plan Administrator for further information.

Annual dollar limit. Your total deferrals in any taxable year may not exceed a dollar limit which is set by law. The limit for 2015 is \$18,000. After 2015, the dollar limit may increase for cost-of-living adjustments.

Catch-up contributions. If you are at least age 50 or will attain age 50 before the end of a calendar year, then you may elect to defer additional amounts (called "catch-up contributions") to the plan for that year. The additional amounts may be deferred regardless of any other limitations on the amount that you may defer to the plan. The maximum "catch-up contribution" that you can make in 2015 is \$6,000. After 2015, the maximum may increase for cost-of-living adjustments. Any "catch-up contributions" that you make will be taken into account in determining any Employer matching contribution made to the Plan.

You should be aware that each separately stated annual dollar limit on the amount you may defer (the annual deferral limit and the "catch-up contribution" limit) is a separate aggregate limit that applies to all such similar elective deferral amounts and "catch-up

contributions" you may make under this Plan and any other cash or deferred arrangements (including tax-sheltered 403(b) annuity contracts, simplified employee pensions or other 401(k) plans) in which you may be participating. Generally, if an annual dollar limit is exceeded, then the excess must be returned to you in order to avoid adverse tax consequences. For this reason, it is desirable to request in writing that any such excess elective deferral amounts be returned to you.

If you are in more than one plan, you must decide which plan or arrangement you would like to return the excess. If you decide that the excess should be distributed from this Plan, you must communicate this in writing to the Administrator no later than the March 1st following the close of the calendar year in which such excess deferrals were made. However, if the entire dollar limit is exceeded in this Plan or any other plan the Employer maintains, then you will be deemed to have notified the Administrator of the excess. The Plan Administrator will then return the excess deferral and any earnings to you by April 15th.

What are rollover contributions?

Rollover contributions. At the discretion of the Plan Administrator, if you are an eligible employee, you may be permitted to deposit into the Plan distributions you have received from other plans and certain IRAs. Such a deposit is called a "rollover" and may result in tax savings to you. You may ask the Plan Administrator or Trustee of the other plan or IRA to directly transfer (a "direct rollover") to this Plan all or a portion of any amount that you are entitled to receive as a distribution from such plan. Alternatively, you may elect to deposit any amount eligible to be rolled over within 60 days of your receipt of the distribution. You should consult qualified counsel to determine if a rollover is in your best interest.

Rollover account. Your rollover will be accounted for in a "rollover account." You will always be 100% vested in your "rollover account" (see the Article in this SPD entitled "Vesting"). This means that you will always be entitled to all amounts in your rollover account. Rollover contributions will be affected by any investment gains or losses. In addition, any Roth 401(k) Deferrals that are accepted as rollovers in this Plan will be accounted for separately.

Withdrawal of rollover contributions. You may withdraw the amounts in your "rollover account" at any time. You should see the Articles in this SPD entitled "Distributions Prior to Termination of Employment," "Distributions upon Termination of Employment," and "Distributions upon Death" for an explanation of how benefits (including your "rollover account") are paid from the Plan.

ARTICLE III EMPLOYER CONTRIBUTIONS

In addition to any deferrals you elect to make, the Employer will make additional contributions to the Plan. This Article describes Employer contributions that will be made to the Plan and how your share of the contributions is determined.

What is the safe harbor contribution?

Safe harbor 401(k) plan. This Plan is referred to as a "safe harbor 401(k) plan." Before the beginning of each Plan Year, you will be provided with a comprehensive notice of your rights and obligations under the Plan. However, if you become eligible to participate in the Plan after the beginning of the Plan Year, then the notice will be provided to you on or before the date you are eligible. A safe harbor 401(k) plan is a plan design where the Employer commits to making certain contributions described below. This commitment to make contributions enables the Employer to simplify the administration of the Plan by ensuring that nondiscrimination regulations are met, which is why it is called a "safe harbor" plan. Alternatively, the Employer may reserve the right to enter safe harbor plan status during the Plan Year. The Employer will provide you with a notice explaining this possibility if it may apply. If the Employer decides to enter safe harbor plan status during a Plan Year, the Employer will provide you with an additional notice and will make safe harbor nonelective contribution described below.

Additional Discretionary Matching Contribution. The Employer may make a discretionary matching contribution. If the Employer makes an additional discretionary matching contribution, the additional discretionary matching contribution will not apply as to elective deferrals exceeding 6% of your compensation.

Safe Harbor Nonelective Contribution. In order to maintain "safe harbor" status, the Employer may make a safe harbor nonelective contribution. If the Employer decides to make this contribution, then you will receive a notice informing you of its decision. If this safe harbor contribution is made, it will be equal to 3% of your compensation. This contribution is 100% vested (see the Article in this SPD entitled "Vesting").

What is the Employer matching contribution and how is it allocated?

Matching Contribution. The Employer may make a discretionary matching contribution equal to a uniform percentage or dollar amount of your elective deferrals. Each year, the Employer will determine the formula for the discretionary matching contribution.

The Plan will match catch-up deferrals in the same manner as such matching applies to elective deferrals.

What is the Employer nonelective contribution and how is it allocated?

Nonelective contribution. Each year, the Employer may make a discretionary nonelective contribution to the Plan. Your share of any contribution is determined below.

Allocation conditions. In order to share in the nonelective contribution you must satisfy the following conditions:

- With limited exceptions, you must be employed on the last day of the plan year in order to share in the allocation of the Employer's nonelective and matching contributions and participant forfeitures for that plan year. You do not have to complete any service requirement to make a deferral contribution. However, in the year you terminate employment with the Employer, with limited exceptions, you must complete at least 501 hours of service to be entitled to an allocation.

Your share of the contribution. The nonelective contribution will be "allocated" or divided among participants eligible to share in the contribution for the Plan Year.

The contribution will be allocated to your account in the same proportion that your compensation plus your compensation in excess of 100% of the Social Security Taxable Wage Base (also called "excess compensation") bears to the total compensation plus "excess compensation" of all eligible participants. The maximum amount that can be allocated to you in this first step varies and is dependent upon the integration level. If you have any questions about the maximum that can be allocated in this first step, you should consult your Administrator.

If after the first step of the allocation process there still remains a portion of the contribution which has not yet been allocated, then the remainder will be allocated to you in the same proportion that your compensation bears to the total compensation of all participants.

Waiver of allocation conditions

You will share in the nonelective contribution for the year you terminate employment regardless of the amount of service you complete during the Plan Year if you terminate on or following your death, disability or attainment of Normal Retirement Age.

What are forfeitures and how are they allocated?

Definition of forfeitures. In order to reward employees who remain employed with the Employer for a long period of time, the law permits a "vesting schedule" to be applied to certain contributions that the Employer makes to the Plan. This means that you will not be entitled to ("vested" in) all of the contributions until you have been employed with the Employer for a specified period of time (see the Article in this SPD entitled "Vesting"). If a participant terminates employment before being fully vested, then the non-vested portion of the terminated participant's account balance remains in the Plan and is called a forfeiture. Forfeitures may be used by the Plan for several purposes.

Allocation of forfeitures. Forfeitures will be allocated as follows:

- Forfeitures attributable to nonelective contributions will be used to reduce any nonelective contributions; forfeitures attributable to matching contributions will be used to reduce any matching contributions for the plan year in which the forfeiture occurs.

**ARTICLE IV
COMPENSATION AND ACCOUNT BALANCE**

What compensation is used to determine my Plan benefits?

Definition of compensation. Compensation is defined as your total compensation that is subject to income tax and paid to you by the Employer. Amounts paid to you after you terminate employment may or may not be included as compensation for plan allocations as described below. If you are a self-employed individual, your compensation will be equal to your earned income. The following describes the adjustments to compensation that may apply for the contribution(s) noted above.

Adjustments to compensation. The following adjustments to compensation will be made:

- elective deferrals to this Plan and to any other plan or arrangement (such as a cafeteria plan) will be included.
- compensation paid while not a participant in the Plan will be excluded.
- compensation paid after you terminate is generally excluded for Plan purposes. However, the following amounts will be included in compensation even though they are paid after you terminate employment, provided these amounts would otherwise have been considered compensation as described above and provided they are paid within 2½ months after you terminate employment, or if later, the last day of the Plan Year in which you terminate employment:
 - compensation paid for services performed during your regular working hours, or for services outside your regular working hours (such as overtime or shift differential), or other similar payments that would have been made to you had you continued

employment.

- compensation paid for unused accrued bona fide sick, vacation or other leave, if such amounts would have been included in compensation if paid prior to your termination of employment and you would have been able to use the leave if employment had continued.
- nonqualified unfunded deferred compensation if the payment is includible in gross income and would have been paid to you had you continued employment.

Is there a limit on the amount of compensation which can be considered?

The Plan, by law, cannot recognize annual compensation in excess of a certain dollar limit. The limit for the Plan Year beginning in 2015 is \$265,000. For plan years beginning after 2015, the dollar limit may increase for cost-of-living adjustments.

Is there a limit on how much can be contributed to my account each year?

Generally, the law imposes a maximum limit on the amount of contributions including elective deferrals that may be made to your account and any other amounts allocated to any of your accounts during the Plan Year, excluding earnings. Beginning in 2015, this total cannot exceed the lesser of \$53,000 or 100% of your annual compensation (as limited under the previous question). After 2015, the dollar limit may increase for cost-of-living adjustments.

How is the money in the Plan invested?

The Trustee of the Plan has been designated to hold the assets of the Plan for the benefit of Plan participants and their beneficiaries in accordance with the terms of this Plan. The trust fund established by the Plan's Trustee will be the funding medium used for the accumulation of assets from which Plan benefits will be distributed.

Participant direction of investments. You will be able to direct the investment of your entire interest in the Plan. The Plan Administrator will provide you with information on the investment choices available to you, the procedures for making investment elections, the frequency with which you can change your investment choices and other important information. You need to follow the procedures for making investment elections and you should carefully review the information provided to you before you give investment directions. If you do not direct the investment of your applicable Plan accounts, then your accounts will be invested in accordance with the default investment alternatives established under the Plan. These default investments will be made in accordance with specific rules under which the fiduciaries of the Plan, including the Employer, the Trustee and the Plan Administrator, will be relieved of any legal liability for any losses resulting from the default investments. The Plan Administrator has or will provide you with a separate notice which details these default investments and your right to switch out of the default investment if you so desire.

The Plan is intended to comply with Section 404(c) of ERISA (the Employee Retirement Income Security Act). If the Plan complies with this Section, then the fiduciaries of the Plan, including the Employer, the Trustee and the Plan Administrator, will be relieved of any legal liability for any losses which are the direct and necessary result of the investment directions that you give. Procedures must be followed in giving investment directions. If you fail to do so, then your investment directions need not be followed. If you do not direct the investment of your applicable Plan accounts, your accounts will be invested in accordance with the default investment alternatives established under the Plan.

Earnings or losses. When you direct investments, your accounts are segregated for purposes of determining the earnings or losses on these investments. Your Participant-directed Account does not share in the investment performance of other participants who have directed their own investments. You should remember that the amount of your benefits under the Plan will depend in part upon your choice of investments. Gains as well as losses can occur and the Employer, the Plan Administrator, and the Trustee will not provide investment advice or guarantee the performance of any investment you choose.

Will Plan expenses be deducted from my account balance?

The Employer has elected to pay all plan related expenses except for certain expenses which are intrinsic to the value of the Trust assets such as brokerage commissions.

The above is only a general statement about the possible treatment of Plan expenses. See the Appendix for Plan Expense Allocations for details.

**ARTICLE V
VESTING**

What is my vested interest in my account?

In order to reward employees who remain employed with the Employer for a long period of time, the law permits a "vesting schedule" to be applied to certain contributions that the Employer makes to the Plan. This means that you will not be entitled to ("vested in") all of the contributions until you have been employed with the Employer for a specified period of time.

100% vested contributions. You are always 100% vested (which means that you are entitled to all of the amounts) in your accounts attributable to the following contributions:

- elective deferrals including Roth 401(k) deferrals and catch-up contributions
- rollover contributions
- safe harbor contributions

Vesting schedules. Your "vested percentage" for certain Employer contributions is based on vesting Years of Service. This means at the time you stop working, your account balance attributable to contributions subject to a vesting schedule is multiplied by your vested percentage. The result, when added to the amounts that are always 100% vested as shown above, is your vested interest in the Plan, which is what you will actually receive from the Plan. You will always, however, be 100% vested if you are employed on or after your Normal Retirement Age or if you terminate employment on account of your death, or if you terminate employment as a result of becoming disabled.

Nonelective Contributions and Additional Matching Contributions

Your "vested percentage" in your account attributable to nonelective contributions and discretionary matching contributions is determined under the following schedule.

Nonelective and Discretionary Matching Contributions Years of Service	Vesting Schedule Percentage
Less than 2	0%
2	20%
3	40%
4	60%
5	80%
6	100%

How is my service determined for vesting purposes?

Year of Service. To earn a Year of Service, you must be credited with at least 1,000 Hours of Service during a Plan Year. The Plan contains specific rules for crediting Hours of Service for vesting purposes. The Plan Administrator will track your service and will credit you with a Year of Service for each Plan Year in which you are credited with the required Hours of Service, in accordance with the terms of the Plan. If you have any questions regarding your vesting service, you should contact the Plan Administrator.

Hour of Service. You will be credited with your actual Hours of Service for:

- (a) each hour for which you are directly or indirectly compensated by the Employer for the performance of duties during the Plan Year;
- (b) each hour for which you are directly or indirectly compensated by the Employer for reasons other than the performance of duties (such as vacation, holidays, sickness, disability, lay-off, military duty, jury duty or leave of absence during the Plan Year) but credit will not exceed 501 hours of service for any single continuous period during which you perform no duties; and
- (c) each hour for back pay awarded or agreed to by the Employer.

You will not be credited for the same Hours of Service both under (a) or (b), as the case may be, and under (c).

What service is counted for vesting purposes?

Service with the Employer. In calculating your vested percentage, all service you perform for the Employer will generally be counted.

Military Service. If you are a veteran and are reemployed under the Uniformed Services Employment and Reemployment Rights Act of 1994, your qualified military service may be considered service with the Employer. If you may be affected by this law, ask the Plan Administrator for further details.

What happens to my non-vested account balance if I'm rehired?

If you have no vested interest in the Plan when you leave, your account balance will be forfeited. However, if you are rehired before incurring five consecutive Breaks in Service, your account balance as of the date of your termination of employment will be restored, unadjusted for any gains or losses.

If you are partially vested in your account balance when you leave, the non-vested portion of your account balance will be forfeited on the earlier of the date:

- (a) of the distribution of your vested account balance, or
- (b) when you incur five consecutive Breaks in Service.

If you received a distribution of your vested account balance and are rehired, you may have the right to repay this distribution. If you repay the entire amount of the distribution, the Employer will restore your account balance with your forfeited amount. You must repay this distribution within five years from your date of rehire, or, if earlier, before you incur five consecutive Breaks in Service. If you were 100% vested when you left, you do not have the opportunity to repay your distribution.

What happens if the Plan becomes a "top-heavy plan"?

Top-heavy plan. A retirement plan that primarily benefits "key employees" is called a "top-heavy plan." Key employees are certain owners or officers of the Employer. A plan is generally a "top-heavy plan" when more than 60% of the plan assets are attributable to key employees. Each year, the Plan Administrator is responsible for determining whether the Plan is a "top-heavy plan."

Top-heavy rules. If the Plan becomes top-heavy in any Plan Year, then non-key employees may be entitled to certain "top-heavy minimum benefits," and other special rules will apply. These top-heavy rules include the following:

- The Employer may be required to make a contribution on your behalf in order to provide you with at least "top-heavy minimum benefits."
- If you are a participant in more than one Plan, you may not be entitled to "top-heavy minimum benefits" under both Plans.

**ARTICLE VI
DISTRIBUTIONS PRIOR TO TERMINATION OF EMPLOYMENT**

Can I withdraw money from my account while working?

You are not entitled to any distribution from the Plan while you are still working for the Employer, other than distributions from accounts for rollover contributions.

Post-termination hardship distribution. If you have terminated employment and incur an event which would have entitled you to a hardship distribution if you had still been working (as described above), you may still receive a hardship distribution even though your account is not yet distributable to you based on your termination of employment. See "When can I get my money out of the Plan?" in the Article in this SPD entitled "Distributions upon Termination of Employment."

**ARTICLE VII
DISTRIBUTIONS UPON TERMINATION OF EMPLOYMENT**

When can I get money out of the Plan?

You may receive a distribution of the vested portion of some or all of your accounts in the Plan when you terminate employment with the Employer. The rules regarding the payment of death benefits to your beneficiary are described in the Article in this SPD entitled "Distributions upon Death."

As to the possibility of receiving a distribution while you are still employed with the Employer, see the Article in this SPD entitled "Distributions Prior to Termination of Employment."

Military Service. If you are a veteran and are reemployed under the Uniformed Services Employment and Reemployment Rights Act of 1994, your qualified military service may be considered service with the Employer. There may also be benefits for employees who die or become disabled while on active duty. Employees who receive wage continuation payments while in the military may benefit from various changes in the law. If you think you may be affected by these rules, ask the Plan Administrator for further details.

Termination and distribution before Normal Retirement Age (or age 62 if later)

If your vested account balance exceeds \$1,000, your consent is required to distribute your account before you reach Normal Retirement Age (or age 62 if later). You may elect to have your vested account balance distributed to you as soon as administratively feasible in the next Plan Year following your termination of employment. (See the question entitled "In what method and form will my benefits be paid to me?" below for an explanation of the method of payment.)

If you terminate employment with a vested account balance exceeding \$1,000, you may not elect to postpone distribution of your account beyond the later of age 62 or Normal Retirement Age.

If your vested account balance does not exceed \$1,000, a distribution of your vested account balance will be made to you, regardless of whether you consent to receive it, as soon as administratively feasible in the next Plan Year following your termination of employment. (See the question entitled "In what method and form will my benefits be paid to me?" below for an explanation of the method of payment.)

Amounts in your rollover account will be considered as part of your benefit in determining whether the \$1,000 threshold for timing of payments described above has been exceeded as well as for determining if the value of your vested account balance exceeds the \$1,000 threshold used to determine whether you must consent to a distribution.

Distribution on or after Normal Retirement Age (or age 62 if later)

If you terminate employment with the Employer and will receive distribution on or after the later of age 62 or your Normal Retirement Age, the Plan will distribute your account without your consent. The distribution will occur as soon as administratively feasible but in any event distribution will be made no later than 60 days after the end of the Plan Year in which you terminate employment.

What is Normal Retirement Age and what is the significance of reaching Normal Retirement Age?

You will attain your Normal Retirement Age when you reach age 65.

What happens if I terminate employment due to disability?

Definition of disability. Under the Plan, disability is defined as the inability to engage in any substantial gainful activity by reason of any medically determinable physical or mental impairment that can be expected to result in death or which has lasted or can be expected to last for a continuous period of not less than twelve months. The permanence and degree of such impairment must be supported by medical evidence. The Plan Administrator may require that your disability be determined by a licensed physician.

Payment of benefits. If you terminate employment because you become disabled, you will be entitled to your vested account balance under the Plan and the Plan will distribute your account balance in the same manner as for any other non-death related termination.

In what method and form will my benefits be paid to me?

Your benefit will be paid in either one lump sum or partial distributions necessary to satisfy required minimum distributions described in the following paragraph.

Required beginning date. There are rules that require that certain minimum distributions be made from the Plan. If you are a 5% owner, distributions are required to begin not later than the April 1st following the end of the year in which you reach age 70½. If you are not a 5% owner, distributions are required to begin not later than the April 1st following the end of the year in which you terminate employment. You should see the Plan Administrator if you think you may be affected by these rules.

ARTICLE VIII DISTRIBUTIONS UPON DEATH

What happens if I die while working for the Employer?

If you die while still employed by the Employer, then your vested account balance will be used to provide your beneficiary with a death benefit.

Who is the beneficiary of my death benefit?

You may designate a beneficiary of your Plan account on a form provided to you for this purpose by the Plan Administrator. If you do not designate a beneficiary, your account will be distributed as described below under "No beneficiary designation." If you are married, your spouse has certain rights to the death benefit. You should immediately report any change in your marital status to the Plan Administrator.

Married Participant. If you have been married at least one year at the time of your death, your spouse will be the beneficiary of the entire death benefit unless you designate in writing a different beneficiary. IF YOU WISH TO DESIGNATE A BENEFICIARY OTHER THAN YOUR SPOUSE, YOUR SPOUSE OF AT LEAST ONE YEAR MUST IRREVOCABLY CONSENT TO WAIVE ANY RIGHT TO THE DEATH BENEFIT. YOUR SPOUSE'S CONSENT MUST BE IN WRITING, BE WITNESSED BY A NOTARY OR A PLAN REPRESENTATIVE AND ACKNOWLEDGE THE SPECIFIC NON-SPOUSE BENEFICIARY.

Changes to designation.

If, with spousal consent as required, you have designated someone other than your spouse as beneficiary and now wish to change your designation, see the Plan Administrator for details. In addition, you may elect a beneficiary other than your spouse without your spouse's consent if your spouse cannot be located.

Divorce. A divorce decree automatically revokes your designation of your spouse or former spouse as your beneficiary under the Plan unless a Qualified Domestic Relations Order provides otherwise. You should complete a form to make a new beneficiary designation if a divorce decree is issued. See the Plan Administrator for details if you think you may be affected by this provision.

Unmarried Participant. If you are not married or have not been married at least one year, you may designate a beneficiary of your choosing.

No beneficiary designation. At the time of your death, if you have not designated a beneficiary or your beneficiary is not alive, the death benefit will be paid in the following order of priority to:

- (a) your surviving spouse
- (b) your children, including adopted children in equal shares (and if a child is not living, that child's share will be distributed to that child's living descendants)
- (c) your surviving parents, in equal shares
- (d) your estate

How will the death benefit be paid to my beneficiary?

Method/form of distribution. The form of payment of the death benefit will be in cash. If the death benefit payable to a beneficiary does not exceed \$5,000, then the benefit may only be paid as a lump-sum. If the death benefit exceeds \$5,000, your beneficiary may elect to have the death benefit paid in:

- a single lump-sum payment in cash
- annual installments at least equal to the required minimum distribution amount

Timing of distribution. Payment of the death benefit must begin by the end of the calendar year which follows the year of your death if your designated beneficiary is a person, unless you die before your required beginning date and your designated beneficiary elects to have the entire death benefit paid by the end of the fifth year following the year of your death as indicated below. If your designated beneficiary is not a person, then your entire death benefit must generally be paid within five years after your death. If your spouse is the sole beneficiary, your spouse may delay the start of payments until the year in which you would have attained age 70½.

When must the last payment be made to my beneficiary (required minimum distributions)?

The law generally restricts the ability of a retirement plan to be used as a method of deferring taxation for an unlimited period beyond the participant's life. Thus, there are rules that are designed to ensure that death benefits are distributable to beneficiaries within certain time periods. The application of these rules depends upon whether you die before or after your "required beginning date" as described above under "Required beginning date."

Death before required beginning date.

Regardless of the method of distribution a beneficiary might otherwise be able to elect, if your designated beneficiary is a person (other than your estate or certain trusts), then minimum distributions of your death benefit must begin by the end of the calendar year which follows the year of your death and must be paid over a period not extending beyond your beneficiary's life expectancy. If your spouse is the sole beneficiary, your spouse may delay the start of payments until the year in which you would have attained age 70½. However, instead of a life expectancy based distribution, your designated beneficiary may elect to have the entire death benefit paid by the end of the fifth year following the year of your death. Generally, if your beneficiary is not a person, then your entire death benefit must be paid within five years after your death.

Death after required beginning date.

If you die on or after your required beginning date, regardless of the method of distribution a beneficiary might otherwise be able to elect, payment must be made over a period which does not exceed the greater of the beneficiary's life expectancy or your remaining life expectancy (determined in accordance with applicable life expectancy tables and without regard to your actual death). If your beneficiary is not a person, your entire death benefit must be paid over a period not exceeding your remaining life expectancy (determined in accordance with applicable life expectancy tables and without regard to your actual death).

What happens if I terminate employment, commence payments and then die before receiving all of my benefits?

Your beneficiary will be entitled to your remaining vested interest in the Plan at the time of your death. See the Plan Administrator for more information regarding the timing and method of payments that apply to your beneficiary.

Does the Plan provide life insurance?

The Employer may elect to purchase life insurance on your behalf. The amount of life insurance that may be purchased is limited by law. Any life insurance purchased will be used to provide a death benefit for your beneficiaries. If a life insurance policy is purchased on your behalf, your account will be reduced by the amount of the premiums and credited with any policy dividends.

ARTICLE IX TAX TREATMENT OF DISTRIBUTIONS

What are my tax consequences when I receive a distribution from the Plan?

Generally, you must include any Plan distribution in your taxable income in the year in which you receive the distribution. The tax treatment may also depend on your age when you receive the distribution. Certain distributions made to you when you are under age 59½ could be subject to an additional 10% tax.

You will not be taxed on distributions of your Roth 401(k) deferrals. In addition, a distribution of the earnings on the Roth 401(k) deferrals will not be subject to tax if the distribution is a "qualified" distribution. A "qualified" distribution is one that is made after you have attained age 59½ or is made on account of your death or disability. In addition, in order to be a "qualified" distribution, the distribution cannot be made prior to the expiration of a 5-year participation period. The 5-year participation period is the 5-year period beginning on the calendar year in which you first make a Roth 401(k) deferral to our Plan (or to another 401(k) plan or 403(b) plan if such amount was rolled over into this Plan) and ending on the last day of the calendar year that is 5 years later. For example, if you make your first Roth 401(k) deferral under this Plan on November 30, 2015, your participation period will end after December 31, 2019. It is not necessary that you make a Roth 401(k) deferral in each of the five years.

Can I elect a rollover to reduce or defer tax on my distribution?

Rollover or Direct Transfer. You may reduce, or defer entirely, the tax due on your distribution through use of one of the following methods:

(a) **60-day rollover.** You may roll over all or a portion of the distribution to an Individual Retirement Account or Annuity (IRA) or another employer retirement plan willing to accept the rollover. This will result in no tax being due until you begin withdrawing funds from the IRA or other qualified employer plan. The rollover of the distribution, however, **MUST** be made within strict time frames (normally, within 60 days after you receive your distribution). Under certain circumstances, all or a portion of a distribution (such as a hardship distribution) may not qualify for this rollover treatment. In addition, most distributions will be subject to mandatory federal income tax withholding at a rate of 20%. This will reduce the amount you actually receive. For this reason, if you wish to roll over all or a portion of your distribution amount, then the direct rollover option described in paragraph (b) below would be the better choice.

(b) **Direct rollover.** For most distributions, you may request that a direct transfer (sometimes referred to as a direct rollover) of all or a portion of a distribution be made to either an Individual Retirement Account or Annuity (IRA) or another employer retirement plan willing to accept the transfer. A direct transfer will result in no tax being due until you withdraw funds from the IRA or other employer plan. Like the rollover, under certain circumstances all or a portion of the amount to be distributed may not qualify for this direct transfer. If you elect to actually receive the distribution rather than request a direct transfer, then in most cases 20% of the distribution amount will be withheld for federal income tax purposes.

Tax Notice. WHENEVER YOU RECEIVE A DISTRIBUTION THAT IS AN ELIGIBLE ROLLOVER DISTRIBUTION, THE PLAN ADMINISTRATOR WILL DELIVER TO YOU A MORE DETAILED EXPLANATION OF THESE OPTIONS. HOWEVER, THE RULES WHICH DETERMINE WHETHER YOU QUALIFY FOR FAVORABLE TAX TREATMENT ARE VERY COMPLEX. YOU SHOULD CONSULT WITH QUALIFIED TAX COUNSEL BEFORE MAKING A CHOICE.

ARTICLE X LOANS

Is it possible to borrow money from the Plan?

No. Loans are not permitted from the Plan.

ARTICLE XI PROTECTED BENEFITS AND CLAIMS PROCEDURES

Are my benefits protected?

As a general rule, your interest in your account, including your "vested interest," may not be alienated. This means that your interest may not be sold, used as collateral for a loan, given away or otherwise transferred (except at death to your beneficiary). In addition, generally your creditors (other than the IRS) may not attach, garnish or otherwise interfere with your benefits under the Plan.

Are there any exceptions to the general rule?

There are two exceptions to this general rule. The Plan Administrator must honor a qualified domestic relations order (QDRO). A QDRO is defined as a decree or order issued by a court that obligates you to pay child support or alimony, or otherwise allocates a portion of your assets in the Plan to your spouse, former spouse, child or other dependent. If a QDRO is received by the Plan Administrator, all or a portion of your benefits may be used to satisfy that obligation. The Plan Administrator will determine the validity of any domestic relations order received. You and your beneficiaries can obtain from the Plan Administrator, without charge, a copy of the procedures used by the Plan Administrator to determine whether a qualified domestic relations order is valid.

The second exception applies if you are involved with the Plan's operation. If you are found liable for any action that adversely affects the Plan, the Plan Administrator can offset your benefits by the amount that you are ordered or required by a court to pay the Plan. All or a portion of your benefits may be used to satisfy any such obligation to the Plan.

Can the Employer amend the Plan?

The Employer has the right to amend the Plan at any time. In no event, however, will any amendment authorize or permit any part of the Plan assets to be used for purposes other than the exclusive benefit of participants or their beneficiaries. Additionally, no amendment will cause any reduction in the amount credited to your account.

What happens if the Plan is discontinued or terminated?

Although the Employer intends to maintain the Plan indefinitely, the Employer reserves the right to terminate the Plan at any time. Upon termination, no further contributions will be made to the Plan and all amounts credited to your accounts will become 100% vested. The Employer will direct the distribution of your accounts in a manner permitted by the Plan as soon as practicable. You will be notified if the Plan is terminated.

How do I submit a claim for Plan benefits?

Benefits will generally be paid to you and your beneficiaries without the necessity for formal claims. Contact the Plan Administrator if you are entitled to benefits or if you think an error has been made in determining your benefits. Any such request should be in writing.

If the Plan Administrator determines the claim is valid, then you will receive a statement describing the amount of benefit, the method or methods of payment, the timing of distributions and other information relevant to the payment of the benefit.

What if my benefits are denied?

Your request for Plan benefits will be considered a claim for Plan benefits, and it will be subject to a full and fair review. If your claim is wholly or partially denied, the Plan Administrator will provide you with a written or electronic notification of the Plan's adverse determination. This written or electronic notification must be provided to you within a reasonable period of time, but not later than 90 days after the receipt of your claim by the Plan Administrator, unless the Plan Administrator determines that special circumstances require an extension of time for processing your claim. If the Plan Administrator determines that an extension of time for processing is required, written notice of the extension will be furnished to you prior to the termination of the initial 90-day period. In no event will such extension exceed a period of 90 days from the end of such initial period. The extension notice will indicate the special circumstances requiring an extension of time and the date by which the Plan expects to render the benefit determination.

In the case of a claim for disability benefits, if disability is determined by a physician (rather than relying upon a determination of disability for Social Security purposes), then instead of the above, the Plan Administrator will provide you with written or electronic notification of the Plan's adverse benefit determination within a reasonable period of time, but not later than 45 days after receipt of the claim by the Plan. This period may be extended by the Plan for up to 30 days, provided that the Plan Administrator both determines that such an extension is

necessary due to matters beyond the control of the Plan and notifies you, prior to the expiration of the initial 45-day period, of the circumstances requiring the extension of time and the date by which the Plan expects to render a decision. If, prior to the end of the first 30-day extension period, the Plan Administrator determines that, due to matters beyond the control of the Plan, a decision cannot be rendered within that extension period, the period for making the determination may be extended for up to an additional 30 days, provided that the Plan Administrator notifies you, prior to the expiration of the first 30-day extension period, of the circumstances requiring the extension and the date as of which the plan expects to render a decision. In the case of any such extension, the notice of extension will specifically explain the standards on which entitlement to a benefit is based, the unresolved issues that prevent a decision on the claim, and the additional information needed to resolve those issues, and you will be afforded at least 45 days within which to provide the specified information.

The Plan Administrator's written or electronic notification of any adverse benefit determination must contain the following information:

- (a) The specific reason or reasons for the adverse determination.
- (b) Reference to the specific Plan provisions on which the determination is based.
- (c) A description of any additional material or information necessary for you to perfect the claim and an explanation of why such material or information is necessary.
- (d) Appropriate information as to the steps to be taken if you or your beneficiary wants to submit your claim for review.
- (e) In the case of disability benefits where disability is determined by a physician:
 - (i) If an internal rule, guideline, protocol, or other similar criterion (collectively "rule") was relied upon in making the adverse determination, either the specific rule or a statement that such rule was relied upon in making the adverse determination and that a copy of that rule will be provided to you free of charge upon request.
 - (ii) If the adverse benefit determination is based on a medical necessity or experimental treatment or similar exclusion or limit, either an explanation of the scientific or clinical judgment for the determination, applying the terms of the Plan to your medical circumstances, or a statement that such explanation will be provided to you free of charge upon request.

If your claim has been denied, and you want to submit your claim for review, you must follow the claims review procedure in the next question.

What is the claims review procedure?

Upon the denial of your claim for benefits, you may file your claim for review, in writing, with the Plan Administrator.

(a) YOU MUST FILE THE CLAIM FOR REVIEW NO LATER THAN 60 DAYS AFTER YOU HAVE RECEIVED WRITTEN NOTIFICATION OF THE DENIAL OF YOUR CLAIM FOR BENEFITS.

HOWEVER, IF YOUR CLAIM IS FOR DISABILITY BENEFITS AND DISABILITY IS DETERMINED BY A PHYSICIAN, THEN INSTEAD OF THE ABOVE, YOU MUST FILE THE CLAIM FOR REVIEW NO LATER THAN 180 DAYS FOLLOWING RECEIPT OF NOTIFICATION OF AN ADVERSE BENEFIT DETERMINATION.

- (b) You may submit written comments, documents, records, and other information relating to your claim for benefits.
- (c) You may review all pertinent documents relating to the denial of your claim and submit any issues and comments, in writing, to the Plan Administrator.
- (d) You will be provided, upon request and free of charge, reasonable access to, and copies of, all documents, records, and other information relevant to your claim for benefits.
- (e) Your claim for review must be given a full and fair review. This review will take into account all comments, documents, records, and other information submitted by you relating to your claim, without regard to whether such information was submitted or considered in the initial benefit determination.

In addition to the claims review procedure above, if your claim is for disability benefits and disability is determined by a physician, then:

- (a) Your claim will be reviewed without deference to the initial adverse benefit determination and the review will be conducted by an appropriate named fiduciary of the Plan who is neither the individual who made the adverse benefit determination that is the subject of the appeal, nor the subordinate of such individual.

(b) In deciding an appeal of any adverse benefit determination that is based in whole or part on medical judgment, the appropriate named fiduciary will consult with a health care professional who has appropriate training and experience in the field of medicine involved in the medical judgment.

(c) Any medical or vocational experts whose advice was obtained on behalf of the Plan in connection with your adverse benefit determination will be identified, without regard to whether the advice was relied upon in making the benefit determination.

(d) The health care professional engaged for purposes of a consultation under (b) above will be an individual who is neither an individual who was consulted in connection with the adverse benefit determination that is the subject of the appeal, nor the subordinate of any such individual.

The Plan Administrator will provide you with written or electronic notification of the Plan's benefit determination on review. The Plan Administrator must provide you with notification of this denial within 60 days after the Plan Administrator's receipt of your written claim for review, unless the Plan Administrator determines that special circumstances require an extension of time for processing your claim. If the Plan Administrator determines that an extension of time for processing is required, written notice of the extension will be furnished to you prior to the termination of the initial 60-day period. In no event will such extension exceed a period of 60 days from the end of the initial period. The extension notice will indicate the special circumstances requiring an extension of time and the date by which the Plan expects to render the determination on review. However, if the claim relates to disability benefits and disability is determined by a physician, then 45 days will apply instead of 60 days in the preceding sentences. In the case of an adverse benefit determination, the notification will set forth:

- (a) The specific reason or reasons for the adverse determination.
- (b) Reference to the specific Plan provisions on which the benefit determination is based.
- (c) A statement that you are entitled to receive, upon request and free of charge, reasonable access to, and copies of, all documents, records, and other information relevant to your claim for benefits.
- (d) In the case of disability benefits where disability is determined by a physician:
 - (i) If an internal rule, guideline, protocol, or other similar criterion (collectively "rule") was relied upon in making the adverse determination, either the specific rule or a statement that such rule was relied upon in making the adverse determination and that a copy of that rule will be provided to you free of charge upon request.
 - (ii) If the adverse benefit determination is based on a medical necessity or experimental treatment or similar exclusion or limit, either an explanation of the scientific or clinical judgment for the determination, applying the terms of the Plan to your medical circumstances, or a statement that such explanation will be provided to you free of charge upon request.

If you have a claim for benefits which is denied, then you may file suit in a state or Federal court. However, in order to do so, you must file the suit no later than 180 days after the date of the Plan Administrator's final determination denying your claim.

What are my rights as a Plan participant?

As a participant in the Plan you are entitled to certain rights and protections under the Employee Retirement Income Security Act of 1974 (ERISA). ERISA provides that all Plan participants are entitled to:

- (a) Examine, without charge, at the Plan Administrator's office and at other specified locations, all documents governing the Plan, including collective bargaining agreements and insurance contracts, if any, and a copy of the latest annual report (Form 5500 Series) filed by the Plan with the U.S. Department of Labor and available at the Public Disclosure Room of the Employee Benefits Security Administration.
- (b) Obtain, upon written request to the Plan Administrator, copies of documents governing the operation of the Plan, including collective bargaining agreements and insurance contracts, if any, and copies of the latest annual report (Form 5500 Series) and updated summary plan description. The Plan Administrator may make a reasonable charge for the copies.
- (c) Receive a summary of the Plan's annual financial report. The Plan Administrator is required by law to furnish each participant with a copy of this summary annual report.

In addition to creating rights for Plan participants, ERISA imposes duties upon the people who are responsible for the operation of the Plan. The people who operate your Plan, called "fiduciaries" of the Plan, have a duty to do so prudently and in the interest of you and other Plan participants and beneficiaries. No one, including the Employer or any other person, may fire you or otherwise discriminate against you in any way to prevent you from obtaining a pension benefit or exercising your rights under ERISA.

If your claim for a pension benefit is denied or ignored, in whole or in part, you have a right to know why this was done, to obtain copies of documents relating to the decision without charge, and to appeal any denial, all within certain time schedules.

Under ERISA, there are steps you can take to enforce the above rights. For instance, if you request a copy of Plan documents or the latest annual report from the Plan and do not receive them within 30 days, you may file suit in a Federal court. In such a case, the court may require the Plan Administrator to provide the materials and pay you up to \$110.00 a day until you receive the materials, unless the materials were not sent because of reasons beyond the control of the Plan Administrator.

If you have a claim for benefits which is denied or ignored, in whole or in part, you may file suit in a state or Federal court. In addition, if you disagree with the Plan's decision or lack thereof concerning the qualified status of a domestic relations order or a medical child support order, you may file suit in Federal court. You and your beneficiaries can obtain, without charge, a copy of the Plan's QDRO procedures from the Plan Administrator.

If it should happen that the Plan's fiduciaries misuse the Plan's money, or if you are discriminated against for asserting your rights, you may seek assistance from the U.S. Department of Labor, or you may file suit in a Federal court. The court will decide who should pay court costs and legal fees. If you are successful, the court may order the person you have sued to pay these costs and fees. If you lose, the court may order you to pay these costs and fees, for example, it finds your claim is frivolous.

What can I do if I have questions or my rights are violated?

If you have any questions about the Plan, you should contact the Plan Administrator. If you have any questions about this statement or about your rights under ERISA, or if you need assistance in obtaining documents from the Plan Administrator, you should contact the nearest office of the Employee Benefits Security Administration, U.S. Department of Labor, listed in the telephone directory or the Division of Technical Assistance and Inquiries, Employee Benefits Security Administration, U.S. Department of Labor, 200 Constitution Avenue, N.W., Washington, D.C. 20210. You may also obtain certain publications about your rights and responsibilities under ERISA by calling the publications hotline of the Employee Benefits Security Administration.

**ARTICLE XII
GENERAL INFORMATION ABOUT THE PLAN**

There is certain general information which you may need to know about the Plan. This information has been summarized for you in this Article.

Plan Name

The full name of the Plan is Rexius Forest By-Products, Inc. 401(k) Profit Sharing Plan

Plan Number

The Employer has assigned Plan Number 001 to your Plan.

Plan Trustee(s)

Jerry Cunningham
Rusty Rexius

Plan Trustee Information and Plan Funding Medium

All money that is contributed to the Plan is held in a trust fund. The Trustee is responsible for the safekeeping of the trust fund and must hold and invest Plan assets (unless the investment of assets is subject to Participant or other direction) in a prudent manner and in the best interest of you and your beneficiaries. The trust fund established by the Plan's Trustee(s) will be the funding medium used for the accumulation of assets from which benefits will be distributed. While all the Plan assets are held in a trust fund, the Administrator separately accounts for each Participant's interest in the Plan. If there is more than one Trustee, they will collectively be referred to as Trustee throughout this Summary Plan Description.

Other Plan Information

Valuations of the Plan assets are made annually on the last day of the Plan Year. The Plan Administrator also may require more frequent valuations.

The Plan's records are maintained on a twelve-month period of time. This is known as the Plan Year. The Plan Year ends on December 31.

The Plan and Trust will be governed by the laws of the state of the Employer's principal place of business to the extent not governed by federal law.

Benefits provided by the Plan are NOT insured by the Pension Benefit Guaranty Corporation (PBGC) under Title IV of the Employee Retirement Income Security Act of 1974 because the insurance provisions under ERISA are not applicable to this type of Plan.

Service of legal process may be made upon the Employer. Service of legal process may also be made upon the Trustee or Plan Administrator.

Employer Information

The Employer's name, address, business telephone number and identification number are:

Rexius Forest By-Products, Inc.
PO Box 22838
Eugene, OR 97402
(541) 342-1835
93-0925466

Plan Administrator Information

The Plan Administrator is responsible for the day-to-day administration and operation of the Plan. For example, the Plan Administrator maintains the Plan records, including your account information, provides you with the forms you need to complete for Plan participation, and directs the payment of your account at the appropriate time. The Plan Administrator will also allow you to review the formal Plan document and certain other materials related to the Plan. If you have any questions about the Plan or your participation, you should contact the Plan Administrator. The Plan Administrator may designate other parties to perform some duties of the Plan Administrator.

The Plan Administrator has the complete power, in its sole discretion, to determine all questions arising in connection with the administration, interpretation, and application of the Plan (and any related documents and underlying policies). Any such determination by the Plan Administrator is conclusive and binding upon all persons.

**APPENDIX
PLAN EXPENSE ALLOCATIONS**

The Plan will will not assess against an individual participant's account the following Plan expenses which are incurred by or are attributable to a particular participant based on use of a particular plan feature, listed by type and the amount charged (check all applicable expenses and fill in the charge or method of determining the charge):

- | | | | |
|--------------------------|--------------------------------------------------------------------|-------------------------|----------|
| <input type="checkbox"/> | Distributions (unless total account balance is less than \$1,500): | | \$ _____ |
| <input type="checkbox"/> | Participant Loan Fee: | Annual maintenance fee: | \$ _____ |
| | | Application fee: | \$ _____ |
| <input type="checkbox"/> | QDRO Processing Fee: | | \$ _____ |
| <input type="checkbox"/> | Other: | | \$ _____ |

Effective: 1/1/12

PLAN SPECIFICATION SHEET

The information provided in this specification sheet is for your convenience only and is substantially abbreviated. For more complete information about the Plan, refer to the summary plan description. For information on which you may rely, you must refer to the plan document itself.

- 1. **Employer:** Rexius Forest By-Products, Inc.
- 2. **Plan Name:** Rexius Forest By-Products, Inc. 401(k) Profit Sharing Plan
- 3. **Trustee(s):** Jerry Cunningham; Rusty Rexius
- 4. **Plan Year:** January 1 to December 31
- 5. **Eligibility Conditions:** One year/1,000 hours; age 21
- 6. **Plan Entry Date(s):** The January 1 or July 1 immediately after or coincident with satisfying Eligibility Conditions
- 7. **Participant Direction of Investment:** Permitted
- 8. **Annual Contributions:**
 - 8.1. Optional employee deferrals (pre-tax or Roth (after-tax))
 - 8.2. Employer may, during a plan year, elect to make a fully vested safe harbor contribution equal to 3% of participants' compensation (and, if so, you will be notified prior to year end); Employer also may, at its discretion, contribute amounts to be shared based on compensation, subject to integration at 100% of the social security wage base, or to be allocated as additional matching contributions
- 9. **Service/Employment Conditions:** After entering the Plan and becoming a Participant, you must be employed on the last day of the Plan Year to receive annual Employer discretionary profit sharing and matching contributions; deferrals and the 3% safe harbor contribution are not subject to the service/employment conditions (note, participants who terminate service with fewer than 501 hours of service in their year of termination also will not be eligible for Employer contributions for the year)
- 10. **Normal Retirement Age:** 65
- 11. **Vesting:**
 - 11.1. Deferrals and the safe harbor contribution: 100% vested at all times
 - 11.2. All other contributions:

Less than 2 years	0% vested
2 yrs but less than 3	20% vested
3 yrs but less than 4	40% vested
4 yrs but less than 5	60% vested
5 yrs but less than 6	80% vested
6 yrs or more	100% vested
- 12. **Distributions of Vested Accrued Benefits:** Generally, the first administratively practicable distribution date of the Plan Year after your employment terminates
- 13. **Form of Benefit Payment:** Lump sum and installments for required minimum distributions

4.8.11.8

**PARTICIPANT NOTICE REGARDING
PARTICIPANT DIRECTED INVESTMENTS**

To each Participant and Beneficiary of the Rexius Forest By-Products, Inc. 401(k) Profit Sharing Plan (Plan):

The Plan permits you to direct the investment of your account balance.

As a general rule, the Plan's Trustee is personally responsible for investing the Plan's assets. However, if the Plan qualifies as a "404(c) plan," the law relieves the Trustee and other Plan "fiduciaries" of at least part of this responsibility. A 404(c) plan permits participants to direct the investment of plan assets consistent with statutory and regulatory guidelines.

The Plan intends to qualify as a 404(c) plan. As a result, the Plan's fiduciaries will not be liable for losses which are the direct and necessary result of investment instructions received from you. As a 404(c) plan, the Plan must give you the information contained in this notice.

The Plan Administrator of the Plan is responsible for providing you this information and carrying out the Plan's procedures for investment direction. See the last page of this notice for the name of the person you may contact as the Plan Administrator's representative.

1. The Investment Options Available To You

Attached as an exhibit to this notice is an outline of the various investment funds available for investments through Rexius Forest By-Products, Inc. with a brief description of investment objectives and risk/return characteristics of each portfolio.

2. When, How, and to Whom You May Give Investment Directions

2.1. You may give investment instructions to the Plan Trustee or to Sapien (acting as the Plan Trustee's designee) at any time in the manner and on plan forms or the forms designated by Sapien, subject to the Plan and Sapien's applicable rules and trading restrictions. Note, applicable trading restrictions may limit the timing or frequency of trades. Your acceptable investment instructions become effective as of the earliest administratively feasible time after they are given. **If you do not provide any instructions, the Trustee will invest your contributions in the Plan's Qualified Default Investment Alternative (QDIA). See the attached QDIA notice.**

2.2. The Plan will pass-through to you all voting, tender, or other similar rights (if any) attendant on your ownership of an interest in any investment option. The Plan Administrator will provide you a copy of any materials received by the Plan which relate to your exercise of these rights.

2.3. Some brokers, custodians, and funds restrict the timing and frequency of transactions. Attempted exchanges beyond the set limit are voided. Additional information regarding Sapien's current restrictions is attached. Participants are subject to all such restrictions in addition to the Plan's own limits and restrictions.

3. Fees Associated With Your Purchase or Sale of an Interest in any Investment Alternative

Fees and costs associated with your investments will depend on the particular investments you choose, some of which are described in the attached information. Contact Sapien for detailed information on fees charged by particular funds.

4. Disclosures to You

When you initially invest in an alternative subject to the Securities Act of 1933, the Plan Administrator will give you a copy of the most recently received prospectus. However, if you received a copy from the Plan Administrator immediately before you invested, the Plan Administrator is not required to give you a second copy.

5. Review of Investments

The Plan Administrator has designated Sapien representatives to assist in overseeing the selection and performance of certain investment alternatives.

6. Additional Information You May Request

Upon request, the Trustee shall provide to any participant information that the Trustee has immediately available regarding investment vehicles. However, the Trustee shall not be obligated to provide investment advice.

The Plan Administrator will monitor the effectiveness of these procedures. The Plan Administrator must establish any new procedures that become necessary, and will advise you regarding those procedures in writing as soon as possible.

Please address any question you have regarding this notice to the following Plan representative:

Jerry Cunningham
Rexius Forest By-Products, Inc.
PO Box 22838
Eugene, OR 97402
(541) 342-1835

QUALIFIED DEFAULT INVESTMENT ALTERNATIVE NOTICE

To: Plan Participants/Beneficiaries

From: Plan Administrator, Rexius Forest By-Products, Inc. 401(k) Profit Sharing Plan (Plan)

Employer Sponsor: Rexius Forest By-Products, Inc. (Employer)

Re: Notice of Qualified Default Investment Alternative

Right to direct investment. This notice advises you that as a Participant (including a Beneficiary of a deceased Participant) in the Plan, you have the right to direct the investment of some or all of your Plan account assets. Specifically, under the Plan, you may direct the investment of:

- All of your Plan accounts
- Your elective deferral contributions account
- Your matching contributions account
- Your nonelective (profit sharing) contributions account

Default investment. You may invest your account(s) specified above (your "directed account(s)") in any of the investment choices explained in the attached investment election form. If you do *not* make an election as to how the Plan should invest your directed account(s) by returning the election form to the Plan Administrator, the Plan Trustee will invest your directed account(s) in the "default" investment that the Plan officials have selected. The default investment is [here, describe the default investment], and is more fully explained below.

Description of default investment. The description of the default investment is as follows: ~ Fund B ~

Investment objectives: long-term growth of capital and income, current income and preservation of capital.

Risk and return characteristics (if applicable): See plan website

Fees and expenses: See plan website

Right to alternative investment. Even if the Plan Trustee invests some or all of your directed account(s) in the default investment, you have the continuing right to direct the investment of your directed account(s) in one or more of the other investment choices available to you as explained above. You may change your investments [at least once within any three month period]. You are entitled to invest in any of the alternative investment choices without incurring a financial penalty.

Where to go for further investment information. You can obtain further investment information about the Plan's investment alternatives other than the default investment by contacting the Plan Administrator at:

Rexius Forest By-Products, Inc.
PO Box 22838
Eugene, OR 97402
(541) 342-1835

**Summary of Material Modification for the
Rexius Forest By-Products, Inc. 401(k) Profit Sharing Plan**

This is a Summary of Material Modification (SMM) regarding the Plan. This SMM supplements the summary plan description (SPD) previously provided to you. You should retain this document with your copy of the SPD.

Summary Description of Modification. The Plan is amended, effective April 1, 2018, to permit participants who have reached age 65 to elect to receive a distribution from their accounts. Accordingly, Article VI of the SPD is amended in its entirety to read:

“ARTICLE VI

DISTRIBUTIONS PRIOR TO TERMINATION OF EMPLOYMENT

Can I withdraw money from my account while working?

In-service distributions. You may be entitled to receive an in-service distribution. However, this distribution is not in addition to your other benefits and will therefore reduce the value of the benefits you will receive at retirement. This distribution is made at your election subject to possible administrative limitations on the frequency and actual timing of such distributions.

Conditions and Limitations. Generally you may receive a distribution from certain accounts prior to termination of employment provided you satisfy any of the following conditions:

- you have attained age 65. Satisfying these conditions allows you to receive distributions from all contribution accounts.”

**AMENDMENT TO
REXIUS FOREST BY-PRODUCTS, INC. 401(K) PROFIT SHARING PLAN
(the Plan)**

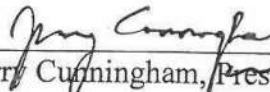
RECITALS

Employer amends the Plan according to the following terms and conditions.

AGREEMENT

1. **Addition of In-Service Distributions.** Section 47 is amended from (a) to (b)(2)(a.) and section 48 is amended to add (b) to permit participants who have reached age 65 to elect to receive a distribution from their accounts.
2. **Effective Date.** This amendment is effective April 1, 2018.
3. **Effect on Other Provisions.** All other terms and provisions of the Plan shall remain in full force and effect.

Rexius Forest By-Products, Inc.

By 
Jerry Cunningham, President
CFO

Amendment
Effective: April 1, 2018

PLAN SPECIFICATION SHEET

The information provided in this specification sheet is for your convenience only and is substantially abbreviated. For more complete information about the Plan, refer to the summary plan description. For information on which you may rely, you must refer to the plan document itself.

1. **Employer:** Rexius Forest By-Products, Inc.
2. **Plan Name:** Rexius Forest By-Products, Inc. 401(k) Profit Sharing Plan
3. **Trustee(s):** Jerry Cunningham; Rusty Rexius
4. **Plan Year:** January 1 to December 31
5. **Eligibility Conditions:** One year/1,000 hours; age 21
6. **Plan Entry Date(s):** The January 1 or July 1 immediately after or coincident with satisfying Eligibility Conditions
7. **Participant Direction of Investment:** Permitted
8. **Annual Contributions:**
 - 8.1. Optional employee deferrals (pre-tax or Roth (after-tax))
 - 8.2. Employer may, during a plan year, elect to make a fully vested safe harbor contribution equal to 3% of participants' compensation (and, if so, you will be notified prior to year end); Employer also may, at its discretion, contribute amounts to be shared based on compensation, subject to integration at 100% of the social security wage base, or to be allocated as additional matching contributions
9. **Service/Employment Conditions:** After entering the Plan and becoming a Participant, you must be employed on the last day of the Plan Year to receive annual Employer discretionary profit sharing and matching contributions; deferrals and the 3% safe harbor contribution are not subject to the service/employment conditions (note, participants who terminate service with fewer than 501 hours of service in their year of termination also will not be eligible for Employer contributions for the year)
10. **Normal Retirement Age:** 65
11. **Vesting:**
 - 11.1. Deferrals and the safe harbor contribution: 100% vested at all times
 - 11.2. All other contributions:

Less than 2 years	0% vested
2 yrs but less than 3	20% vested
3 yrs but less than 4	40% vested
4 yrs but less than 5	60% vested
5 yrs but less than 6	80% vested
6 yrs or more	100% vested
12. **Distributions of Vested Accrued Benefits:** Generally, the first administratively practicable distribution date of the Plan Year after your employment terminates; Participants who are at least 65 may request distributions while still employed (subject to administrative policies)
13. **Form of Benefit Payment:** Lump sum and installments for required minimum distributions

Aviso de Prácticas de Privacidad

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR REVISE CUIDADOSAMENTE.

Antecedentes: La Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud de 1996 (HIPAA) requiere que los planes de salud notifiquen a los participantes y beneficiarios del plan sobre sus políticas y prácticas para proteger la confidencialidad de su información médica. Este documento está destinado a satisfacer el requisito de notificación de la HIPAA con respecto a cualquier información de salud creada, recibida o mantenida por el Plan de Beneficios para Empleados de Rexius Forest By-Products, Inc. (el "Plan"), patrocinado por Rexius Forest By-Products, Inc. (la "Compañía").

Es posible que el Plan deba crear, recibir y mantener registros que contengan información médica sobre usted para administrar el Plan y brindarle beneficios de atención médica. Este aviso describe la política de privacidad de la información médica del Plan con respecto a su beneficio de seguro médico. El aviso le informa las formas en que el Plan puede usar y divulgar su información médica, describe sus derechos y las obligaciones que tiene el Plan con respecto al uso y divulgación de su información médica. Sin embargo, no aborda las políticas o prácticas de información médica de sus proveedores de atención médica.

Compromiso de prácticas con respecto a la privacidad de la información médica

La política y las prácticas de privacidad del Plan protegen cualquier información médica confidencial que lo identifique o que pueda usarse para identificarlo y se relacione con una condición de salud física o mental o con el pago de sus gastos de atención médica. Esta información médica identificable individualmente se conoce como "información médica protegida" (PHI). La Compañía generalmente no recibe PHI a menos que sea recibida o autorizada por el empleado. Su PHI no se utilizará ni divulgará sin una autorización por escrito suya, excepto como se describe en este aviso o según lo permitan las leyes federales y estatales de privacidad de la información de salud.

Obligaciones de privacidad del plan

El Plan está obligado por ley a:

- asegurarse de que la información médica que lo identifica se mantenga privada;
- darle este aviso sobre las obligaciones legales y las prácticas de privacidad del Plan con respecto a su información médica; Y
- seguir los términos del aviso que está actualmente en vigor.

Cómo el plan puede usar y divulgar su información médica

Las siguientes son las diferentes formas en que el Plan puede usar y divulgar su PHI:

- **Para Tratamiento.** El Plan puede divulgar su PHI a un proveedor de atención médica que brinde tratamiento en su nombre. Por ejemplo, si no puede proporcionar su historial médico como resultado de un accidente, el Plan puede asesorar a un médico de la sala de emergencias sobre los tipos de medicamentos recetados que toma actualmente.
- **Para Pago.** El Plan puede usar y divulgar su PHI para que las reclamaciones por tratamientos, servicios y suministros de atención médica que reciba de los proveedores de atención médica puedan pagarse de acuerdo con los términos del Plan. Por ejemplo, el Plan puede recibir y mantener información sobre la cirugía que recibió para permitirle al Plan procesar la reclamación de un hospital para el reembolso de los gastos quirúrgicos incurridos en su nombre.
- **Para Operaciones de Seguros Médicos.** El Plan puede usar y divulgar su PHI para permitirle operar, u operar de manera más eficiente, o asegurarse de que todos los participantes del Plan reciban sus beneficios de salud. Por ejemplo, el Plan puede combinar información médica sobre muchos participantes del Plan y divulgarla a la Compañía de manera resumida para que pueda decidir qué excedentes debe proporcionar el Plan. El Plan puede eliminar la información que lo identifica de la información de salud divulgada a la Compañía para que pueda ser utilizada sin que la Compañía sepa quiénes son los participantes específicos.
- **A la Compañía.** El Plan puede divulgar su PHI al personal designado de la Compañía para que puedan llevar a cabo sus funciones administrativas relacionadas con el Plan, incluidos los usos y divulgaciones descritos en este aviso. Dichas divulgaciones se harán solo al pagador de reclamos designado por la Compañía y / o los miembros designados del personal de recursos humanos o de beneficios de la Compañía (el "Administrador del Plan"). Estas personas protegerán la privacidad de su información médica y se asegurarán de que se utilice únicamente como se describe en este aviso o según lo permita la ley. A menos que usted lo autorice por escrito, su información de salud: (1) no puede ser divulgada por el Plan a ningún otro empleado o departamento de la Compañía y (2) no será utilizada por la Compañía para cualquier acción y decisión relacionada con el empleo o en conexión con cualquier otro plan de beneficios para empleados patrocinado por la Compañía.

- **A un Socio Comercial.** Ciertos servicios son proporcionados al Plan por administradores externos conocidos como "socios comerciales". Por ejemplo, el Plan puede ingresar información sobre su tratamiento de atención médica en un sistema electrónico de procesamiento de reclamos mantenido por el socio comercial del Plan para que se pueda pagar su reclamo. Al hacerlo, el Plan divulgará su PHI a su socio comercial para que pueda realizar su función de pago de reclamaciones. Sin embargo, el plan requerirá que sus socios comerciales, mediante contrato, protejan adecuadamente su información médica.
- **Según lo Requiera la Ley.** El Plan divulgará su PHI cuando así lo requieran las leyes federales, estatales o locales, incluidas aquellas que exigen el informe de ciertos tipos de heridas o lesiones físicas.

Situaciones Especiales de Uso y Divulgación

El Plan también puede usar o divulgar su PHI en las siguientes circunstancias:

- **Demandas y Disputas.** Si se ve involucrado en una demanda u otra acción legal, el Plan puede divulgar su PHI en respuesta a una orden judicial o administrativa, una citación, orden judicial, solicitud de descubrimiento u otro debido proceso legal.
- **Cumplimiento de la Ley.** El Plan puede divulgar su PHI si así lo solicita un oficial de la ley, por ejemplo, para identificar o localizar a un sospechoso, testigo material o persona desaparecida o para reportar un crimen, la ubicación del crimen o las víctimas, o la identidad, descripción, o ubicación de la persona que cometió el crimen.
- **Compensación para Trabajadores.** El Plan puede divulgar su PHI en la medida en que lo autorice y en la medida necesaria para cumplir con las leyes de compensación de trabajadores, otros programas similares.
- **Militares y Veteranos.** Si es o se convierte en miembro de las fuerzas armadas de los EE. UU., El Plan puede divulgar información médica sobre usted según lo consideren necesario las autoridades del comando militar.
- **Para Evitar Amenazas Graves a la Salud o la Seguridad.** El Plan puede usar y divulgar su PHI cuando sea necesario para prevenir una amenaza grave a su salud y seguridad, o la salud y seguridad del público o de otra persona.

- **Riesgos para la Salud Pública.** El Plan puede divulgar información médica sobre usted para actividades de salud pública. Estas actividades incluyen prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades; informar nacimientos y defunciones; reportar abuso o negligencia infantil; o informar reacciones a medicamentos o problemas con productos médicos o para notificar a las personas sobre el retiro de productos que han estado usando.
- **Actividades de Supervisión de la Salud.** El Plan puede divulgar su PHI a una agencia de supervisión de la salud para auditorías, investigaciones, inspecciones y licencias necesarias para que el gobierno controle el sistema de atención médica y los programas gubernamentales.
- **Investigación.** En determinadas circunstancias, el plan puede usar y divulgar su PHI con fines de investigación médica.
- **Seguridad Nacional, Actividades de Inteligencia y Servicios de Protección.** El Plan puede divulgar su PHI a funcionarios federales autorizados: (1) para inteligencia, contrainteligencia y otras actividades de seguridad nacional autorizadas por la ley y (2) para permitirles brindar protección a los miembros del gobierno de EE. UU. O jefes de estado extranjeros, o para realizar investigaciones especiales.
- **Donación de Órganos y Tejidos.** Si usted es un donante de órganos, el Plan puede divulgar información médica a organizaciones que se encargan de la obtención de órganos o el trasplante de órganos, ojos o tejidos o a un banco de donación de órganos para facilitar la donación y el trasplante de órganos o tejidos.
- **Médicos Forenses, Examinadores Médicos y Directores de Funerales.** El Plan puede divulgar su PHI a un médico forense o examinador médico. Esto puede ser necesario, por ejemplo, para identificar a una persona fallecida o para determinar la causa de la muerte. El Plan también puede divulgar su PHI a un director de funeraria, según sea necesario, para que cumpla con su deber.
- **Autorizaciones.** Aparte de lo descrito anteriormente, su PHI solo se divulgará de acuerdo con su autorización por escrito. Puede revocar una autorización en cualquier momento, siempre que la revocación sea por escrito. Una vez que recibamos su revocación, será efectiva solo para usos y divulgaciones futuras; no será efectivo para ninguna información que pueda haber sido utilizada y divulgada en base a la autorización por escrito antes de recibir su revocación por escrito.

Sus derechos con respecto a la información médica sobre usted

Sus derechos con respecto a la información médica que el Plan mantiene sobre usted son los siguientes:

- **Derecho a Inspeccionar y Copiar.** Tiene derecho a inspeccionar y copiar su PHI. Esto incluye información sobre la elegibilidad de su plan, registros de reclamos y apelaciones y registros de facturación, pero no incluye notas de psicoterapia.

Para inspeccionar y copiar la información médica mantenida por el Plan, envíe su solicitud por escrito al Administrador del Plan. El Plan puede cobrar una tarifa por el costo de copiar y / o enviar su solicitud por correo. En circunstancias limitadas, el plan puede rechazar su solicitud de inspeccionar y copiar su PHI. En general, si se le niega el acceso a la información médica, puede solicitar una revisión de la.

- **Derecho a Enmendar.** Si cree que la información de salud que el Plan tiene sobre usted es incorrecta o está incompleta, puede solicitarle al Plan que la modifique. Tiene derecho a solicitar una enmienda mientras la información sea conservada por o para el Plan.

Para solicitar una enmienda, envíe una solicitud detallada por escrito al Administrador del Plan. Debe proporcionar los motivos para respaldar su solicitud. El Plan puede denegar su solicitud si le pide al Plan que modifique la información de salud que sea: precisa y completa; no creado por el Plan; no forma parte de la información médica que conserva el Plan o para él; o no información que se le permitiría inspeccionar y copiar.

- **Derecho a Un Informe de las Divulgaciones.** Tiene derecho a solicitar un "informe de divulgaciones". Esta es una lista de las divulgaciones de su PHI que el Plan ha hecho a otros, excepto aquellas necesarias para llevar a cabo tratamientos, pagos u operaciones de atención médica; divulgaciones hechas a usted; o en ciertas otras situaciones.

Para solicitar un informe de las divulgaciones, envíe su solicitud por escrito al Administrador del Plan. Su solicitud debe indicar un período de tiempo, que no puede ser mayor de seis años antes de la fecha en que se solicitó la contabilidad.

- **Derecho a Solicitar Restricciones.** Tiene derecho a solicitar una restricción sobre la información médica que el Plan usa o divulga sobre usted para tratamiento, pago u operaciones de atención médica. También tiene derecho a solicitar un límite en la información médica que el Plan divulga sobre usted a alguien que esté involucrado en su atención o en el pago de su atención, como un familiar o amigo. Por ejemplo, podría solicitar que el plan no use ni divulgue información sobre una cirugía que se haya realizado.

Para solicitar restricciones, haga su solicitud por escrito al Administrador del Plan. Debe informar: (1) qué información desea limitar; (2) si desea limitar el uso, la divulgación o ambos del Plan; y (3) a quién desea que se apliquen los límites.

Nota: El Plan no está obligado a aceptar su solicitud.

- **Derecho a Solicitar Comunicaciones Confidenciales.** Tiene derecho a solicitar que el Plan se comunique con usted sobre asuntos de salud de una manera determinada o en un lugar determinado. Por ejemplo, puede solicitar que el Plan le envíe formularios de explicación de beneficios (EOB) sobre sus reclamos de beneficios a una dirección específica.

Para solicitar comunicaciones confidenciales, haga su solicitud por escrito al Administrador del Plan. El Plan hará todo lo posible por satisfacer todas las solicitudes razonables. Su solicitud debe especificar cómo o dónde desea ser contactado.

- **Derecho a una Copia Impresa de este Aviso.** Tiene derecho a recibir una copia impresa de este aviso. Puede escribir al administrador del plan para solicitar una copia por escrito de este aviso en cualquier momento.

Cambios a este Aviso

El Plan se reserva el derecho de cambiar este aviso en cualquier momento y hacer que el aviso revisado o modificado sea efectivo para la información de salud que el Plan ya tiene sobre usted, así como para cualquier información que el Plan reciba en el futuro. El Plan publicará una copia del aviso actual en la oficina de recursos humanos o de beneficios de la Compañía en todo momento.

Quejas

Si cree que se han violado sus derechos de privacidad según esta política, puede presentar una queja por escrito al Administrador del Plan en la dirección que se indica a continuación. Alternativamente, puede presentar una queja ante el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU., Generalmente, dentro de los 180 días posteriores a la fecha en que ocurrió el acto u omisión denunciado.

Nota: *No será sancionado ni se tomarán represalias contra usted por presentar una queja.*

Otros usos y divulgaciones de información médica

Otros usos y divulgaciones de información médica no cubiertos por este aviso o por las leyes que se aplican al Plan se harán solo con su autorización por escrito. Si autoriza al Plan a usar o divulgar su PHI, puede revocar la autorización, por escrito, en cualquier momento. Si revoca su autorización, el Plan ya no usará ni divulgará su PHI por las razones cubiertas por su autorización por escrito; sin embargo, el Plan no revertirá ningún uso o divulgación que ya se haya hecho basándose en su autorización previa.

Información del Contacto

Si tiene alguna pregunta sobre este aviso, comuníquese con el representante de la Compañía del Plan o con los administradores externos de las compañías de seguros médicos del Plan:

Jerry Cunningham
Rexius Forest By-Products, Inc
P.O. Box 22838
Eugene, OR 97402
(541) 342-1835 Ext. 109

Providence Health Plan (médicos, medicamentos recetados)
Attn: Privacy Officer
PO Box 4327
Portland, OR 97208

Metropolitan Life Insurance Co (dental)
Attn: Privacy Officer
PO Box 14593,
Lexington, Ky 40512

Lincoln Financial Group (Vida Grupal, STD, LTD)
Attn: Privacy Officer
PO Box 2616
Omaha, NE 68103

Pacific Source Administrators (Cuentas de Gastos Flexibles (FSA))
Attn: Privacy Officer
PO Box 70168
Eugene, OR 97401

AFLAC (cáncer, cuidados intensivos)
Attn: Privacy Officer
1932 Wynnton Rd
Columbus, GA 31999

Fecha de Vigencia del Aviso: Agosto 1, 2020

**REXIUS FOREST BY-PRODUCTS, INC.
§401(k) PROFIT SHARING PLAN**

Contribution Election Form (Salary Deferral Agreement)

Name of Participant: _____

- New enrollment Change to previous election

To the Plan Administrator of Rexus Forest By-Products, Inc. §401(k) Profit Sharing Plan:

In accordance with the Plan, I enter into this Salary Deferral Agreement (Agreement) with Rexus Forest By-Products, Inc. (Employer).

Reduction Amount. Effective _____, 20__ Employer will reduce my compensation, for each payroll period:

	Regular (Pre-Tax)	ROTH (After-Tax)
<input type="checkbox"/> Percent per pay period	_____	_____
OR		
<input type="checkbox"/> Dollars per pay period	_____	_____

(Note: Salary deferral contributions for any Plan Year may not exceed the §402(g) limitation. The §402(g) limitation is a dollar limitation adjusted by the Internal Revenue Service as of each January 1. Upon your request, the Plan Administrator will provide you the §402(g) limitation in effect for a particular calendar year.)

- I do not wish to participate in the §401(k) Plan

Investment Election. The amounts by which my pay is reduced should be invested in the following investment options, in the percentages indicated, available under the §401(k) Plan:

	Regular (Pre-Tax)	ROTH (After-Tax)
Fund A (Aggressive - 85% equity, 15% fixed)	_____	_____
Fund B (Balanced - 65% equity, 35% fixed)	_____	_____
Fund C (Conservative - 45% equity, 55% fixed)	_____	_____
Total (must equal 100%)	_____	_____

Bonus Reduction Option. Unless I request otherwise, the Plan Administrator will contribute the amount I have elected, for any regular pay period in accordance with these instructions. I understand that I can make a special election, applicable to the bonus pay, by requesting the appropriate form from the Plan Administrator.

In executing this agreement, I understand:

1. Employer will contribute to the plan on my behalf the amount I have elected to contribute under this agreement (my "deferral contributions"). "Compensation" means: my wages (including bonuses) received for my services rendered to Employer. My deferral contributions are not subject to federal or state income tax until distributed from the Plan, but my deferral contributions are subject to Social Security taxes. Employer will deduct from my remaining Compensation my Social Security tax liability on my deferral contributions.
2. This agreement remains in effect until I revoke the Agreement. I may revoke my Salary Deferral Agreement at any time. To revoke this Agreement, I must provide the Plan Administrator at least 15 days advanced written notice of my revocation, specifying the effective date of the revocation. Once I revoke my Agreement, I may file a new Agreement with an effective date no earlier than the first day of the next plan entry date.
3. I may modify my salary deferral percentage or dollar amount as of the January 1 or July 1 of each year. I must provide the Plan Administrator at least 15 days advanced written notice of my modification, specifying the effective date of the Modification.
4. I am 100 percent vested in my deferral contributions. The Plan Administrator will credit my deferral contributions to a Deferral Contributions Account established under the Trust for my benefit. I understand my deferral contributions are subject to gain or loss in the manner described in the Plan.

Date: _____, 20__

PARTICIPANT

Participant's Signature

**REXIUS FOREST BY-PRODUCTS, INC.
§401(k) PROFIT SHARING PLAN**

Special Bonus Salary Deferral Agreement

Name of Participant: _____

To the Plan Administrator of Rexius Forest By-Products, Inc. §401(k) Profit Sharing Plan:

In accordance with the Plan, I enter into this Special Bonus Salary Deferral Agreement (Agreement) with Rexius Forest By-Products, Inc. (Employer).

Reduction Amount. For the special bonus pay period of _____, 20__ Employer will contribute the following amounts to the Plan from my bonus:

	<u>Regular (Pre-Tax)</u>	<u>ROTH (After-Tax)</u>
<input type="checkbox"/> Percent of bonus	_____	_____
OR		
<input type="checkbox"/> Dollars from bonus	_____	_____

(Note: Contributions from your salary for any Plan Year may not exceed the §402(g) limitation. The §402(g) limitation is a dollar limitation adjusted by the Internal Revenue Service as of each January 1. Upon your request, the Plan Administrator will provide you the §402(g) limitation in effect for a particular calendar year.)

My regular Salary Deferral Agreement should apply to my bonus, without modification.

I do not wish to contribute any portion of my bonus to the §401(k) Plan

Investment Election. The amounts by which my bonus is reduced should be invested in the following investment options, in the percentages indicated, available under the §401(k) Plan:

	<u>Regular (Pre-Tax)</u>	<u>ROTH (After-Tax)</u>
Fund A (Aggressive - 85% equity, 15% fixed)	_____	_____
Fund B (Balanced - 65% equity, 35% fixed)	_____	_____
Fund C (Conservative - 45% equity, 55% fixed)	_____	_____
Total (must equal 100%)	_____	_____

In executing this agreement, I understand:

1. Employer will contribute to the plan on my behalf the amount which I have elected to contribute from my bonus under this agreement ("deferral contributions"). My deferral contributions are not subject to federal or state income tax until distributed from the Plan, but my deferral contributions are subject to Social Security taxes. Employer will deduct from my remaining Compensation my Social Security tax liability on my deferral contributions.
2. This agreement is a one-time agreement, applicable to the bonus payroll identified on page 1.
3. I must complete a separate bonus salary deferral agreement for each bonus I receive.
4. I am 100 percent vested in my deferral contributions. The Plan Administrator will credit my deferral contributions to a Deferral Contributions Account established under the Trust for my benefit. I understand my deferral contributions are subject to gain or loss in the manner described in the Plan.

Date: _____, 20__

PARTICIPANT

Participant's Signature

BENEFICIARY DESIGNATION FORM (PLANS WITHOUT ANNUITIES) FOR THE REXIUS FOREST BY-PRODUCTS, INC. 401(k) PROFIT SHARING PLAN (the "Plan")

I. PARTICIPANT INFORMATION

Participant Name: _____

Social Security Number: _____

Mailing Address: _____

Date of Birth: _____

Date of Hire: _____

Date of Participation: _____

Spouse's Name: _____ No Spouse

Spouse's Social Security Number: _____

Spouse's Mailing Address (if different from above): _____

Spouse's Date of Birth: _____

II. BENEFICIARY DESIGNATION

I hereby designate the following primary Beneficiary(ies) and alternate Beneficiary(ies) in the event of my death before I begin to receive payments under the Plan. The alternate Beneficiary(ies) shall be treated as my Beneficiary(ies) only if all my primary Beneficiary(ies) fail to survive me or otherwise cannot be treated as my Beneficiary(ies) under the Plan.

A. Primary Beneficiary Designation

If multiple Beneficiaries are designated, such Beneficiaries shall share equally unless otherwise indicated.

Multiple Beneficiaries are designated and reflected on a separate attachment.

Name: _____

Address: _____

Date of Birth: _____

Social Security Number: _____

B. Alternate Beneficiary Designation

If multiple Beneficiaries are designated, such Beneficiaries shall share equally unless otherwise indicated.

Multiple alternate Beneficiaries are designated and reflected on a separate attachment.

Name: _____

Address: _____

Date of Birth: _____

Social Security Number: _____

III. PARTICIPANT SIGNATURE

I hereby certify that the information on this form is true and correct to the best of my knowledge. I understand that federal law requires that my surviving spouse, if any, be my sole Beneficiary if he or she fails to consent in writing to the designations made by me on this form. I also understand that the designations made by me on this form revoke any prior Beneficiary designations made under this Plan. Finally, I understand that the designations made on this form will be void when I begin to receive benefits under the Plan.

DATE PARTICIPANT'S SIGNATURE

IV. SPOUSAL CONSENT

Your spouse must complete this part only if you indicate anyone else (other than your spouse) in Section IIA as a primary beneficiary. Please contact your Employer for more information if spousal consent cannot be obtained.

I hereby voluntarily and irrevocably consent before a Notary Public to the specific Beneficiary designations made by my spouse in Part II of this form. I understand that (as a result of my consent and waiver) no benefit may be payable to me under the Plan upon my spouse's death.

DATE SPOUSE'S SIGNATURE

Signed, sealed and delivered in the presence of:

NOTARY PUBLIC
My Commission Expires: _____

V. ACKNOWLEDGMENT OF RECEIPT

Received by the Employer this _____ day of _____, 20____.
By: _____
Title: _____



Formulario de Inscripción en la Cuenta de Gastos Flexibles (FSA) para Empleados

Por favor escriba con letra de imprenta (molde). * = campo requerido

1. Información Acerca del Empleo

Empleador* _____ División/Clase _____

Fecha de Contratación (requerida para inscripciones a mitad de año) _____ Fecha de Vigencia de FSA* _____

Fecha de Primera Deducción _____ Núm. de Horas Trabajadas por Semana _____

ID de Miembro de PSA (en caso de que aplique) _____ ID de Empleado _____

2. Información del Empleado

Apellido del Empleado* _____ Nombre, Inicial 2do Nombre* _____

Fecha de Nacimiento* _____ Núm. del Seguro Social _____

Dirección Postal* _____

Ciudad* _____ Estado* _____ Código Postal* _____

Teléfono Principal _____ Teléfono Secundario _____

Email _____

Nombre del Beneficiario y Relación _____

3. Componente de Pago de las Primas

- Acepto que se realicen deducciones a mi salario (antes de impuestos) para pagar las primas del seguro médico y de hospitalización, el seguro de gastos médicos mayores, el seguro dental, el seguro visual y/o otros beneficios calificados que ofrezca mi empleador bajo la Sección 125 en beneficio mío y de los miembros elegibles de mi familia. Si mi empleador utiliza el método de inscripción sucesivo, seguiré inscrito en el Componente de Pago de las Primas hasta que yo notifique a mi empleador que ya no deseo que se deduzca la parte de las primas que me corresponde (antes de impuestos).

4. Elección de la Cuenta de Gastos Flexibles

	Cuenta (según se ofrece)	Elección de Periodo de Pago del Empleado	Núm. de Fechas de Pago	Elección Anual del Empleado	Información de la Cuenta
Componente DCAP	Gastos para el Cuidado de Dependientes (DCE)	\$	x	= \$	Gastos para el cuidado de menores (para dependientes menores de 13 años de edad) y gastos para el cuidado de ancianos que usted incurra mientras se encuentre en el trabajo o la escuela.

	Cuenta (según se ofrece)	Elección de Periodo de Pago del Empleado	Núm. de Fechas de Pago	Elección Anual del Empleado	Información de la Cuenta
Componente de Salud FSA	Cuenta de Salud FSA de Propósito General (HRE)	\$	x	= \$	Gastos médicos, dentales, visuales y preventivos elegibles para usted y sus dependientes.
	Cuenta de Salud FSA de Propósito Limitado (LFSA)	\$	x	= \$	Gastos dentales, visuales y preventivos elegibles para usted y sus dependientes. Los empleados que contribuyan a una cuenta de ahorro para la salud pueden elegir este plan.
	Cuenta de Salud FSA de Alcance Limitado (LSFSA)	\$	x	= \$	Gastos dentales y visuales elegibles para usted y sus dependientes. Los empleados que no sean elegibles para el plan médico patrocinado de grupo pueden elegir este plan.

- Marque este recuadro si usted o sus dependientes están inscritos (o planean inscribirse) en un plan de ahorro para la salud.
- Marque este recuadro si usted no es elegible (o no será elegible) para participar en el plan médico de grupo patrocinado por su empleador.

5. Información del Miembro

Empleador _____

Empleado _____

6. Opciones Adicionales

Es posible que las opciones adicionales no estén disponibles para todos los planes. Consulte el resumen de su plan o hable con su empleador para obtener más información. Usted puede optar por la tarjeta de débito Benny™ en caso de que esté disponible. Si usted está inscrito en el plan de PacificSource de su empleador, es posible que sea elegible para el programa EasyPay. Las reclamaciones FSA pueden enviarse por fax, correo o de manera electrónica a través del sitio web MyFlex. **Seleccione una de las siguientes opciones:**

Tarjeta de Débito Benny™	La tarjeta Benny™ de Beneficios Prepagados permite deducir los gastos directamente de su cuenta de salud FSA en el punto de venta. Es necesario tener recibos detallados de todas las transacciones que no sean automáticamente verificadas en el punto de venta. No tiene costo adicional obtener inicialmente sus tarjetas Benny™ de Beneficios Prepagados. Cuando expiren las tarjetas (5 años), le enviaremos automáticamente un juego de reemplazo sin costo alguno. <i>Indique si usted desea inscribirse y/o seguir inscrito o si desea cancelar su inscripción.</i>	<input type="checkbox"/> Inscribirse y/o seguir inscrito <input type="checkbox"/> Cancelar mi inscripción
Reemplazo de Tarjeta de Débito Benny™	Usted puede obtener un juego de dos tarjetas Benny™ de Beneficios Prepagados adicionales o de reemplazo a un costo de \$10. Este costo se deduce de su cuenta de salud FSA. Por favor indique si sus tarjetas han sido extraviadas o robadas (y usted desea recibir tarjetas con nuevos números) o indique si usted desea ordenar tarjetas adicionales con el mismo número de tarjeta.	<input type="checkbox"/> Extraviadas/Robadas <input type="checkbox"/> Adicionales
EasyPay	EasyPay es un programa de reembolso automático de las reclamaciones elegibles procesadas por PacificSource Health Plans. Los empleados deben estar inscritos en el plan de PacificSource de su empleador para ser elegibles para el programa EasyPay. Los empleados o los miembros de su familia con una cobertura secundaria no son elegibles para el programa EasyPay. Es necesario llenar, firmar y devolver el formulario de inscripción de EasyPay para poder inscribirse. Dicho formulario está disponible en PSA.PacificSource.com/Forms_Flex.aspx .	

7. Información del Miembro

Empleador _____

Empleado _____

8. Autorización del Participante

Participant Authorization

Certifico que la información proporcionada en este formulario es correcta y verdadera según mis conocimientos y que los niños sobre quienes reclamaré gastos de dependientes o gastos para el cuidado de menores residen conmigo en una relación de padres-hijos o dependen legalmente de mí para su manutención. Entiendo que cualquier monto restante en mi(s) cuenta(s) que no sea utilizado para pagar gastos elegibles que sean incurridos durante el año del plan pudiera perderse de acuerdo con las disposiciones actuales del Plan y las leyes fiscales. También comprendo que las reducciones de compensación flexible estarán vigentes durante el año del plan y no podrán revocarse a menos de que ocurra un cambio calificado en el estatus. Adicionalmente, entiendo que las reducciones pueden reducir igualmente mis beneficios futuros del Seguro Social.

En caso de que yo pierda la cobertura del componente de salud FSA como resultado de un evento que cumpla con los requisitos (tal como la terminación del empleo o la pérdida de la elegibilidad debido a una reducción en las horas de trabajo), es posible que yo tenga el derecho de solicitar la continuación de la cobertura de salud FSA según lo permita el plan de mi empleador. Comprendo que no puedo ser obligado a reembolsar al empleador (incluso voluntariamente) cualquier monto que exceda del saldo de mi cuenta de salud FSA.

Exención del Participante

No deseo participar en el plan ni inscribirme en el componente de salud FSA, el componente DCAP y el componente de pago de las primas. Entiendo que al negarme a participar, no podré inscribirme durante este año del plan a menos de que mi empleador permita realizar cambios a mediados de año y yo tenga un evento que cumpla con los requisitos en cumplimiento con la sección 125 del Código del IRS y solicite mi inscripción dentro de un plazo de 30 días a partir de dicho evento.

Cualquier persona que llene esta solicitud con información materialmente falsa o que oculte información material con la intención de cometer intencionalmente un fraude pudiera estar sujeta a penalidades criminales y civiles, además de que PacificSource Administrators puede cancelar la membresía de dicha persona y negarse a pagar sus reclamaciones.

Firma del Empleado* _____ Fecha _____

Empleado: Por favor devuelva el original a su empleador y conserve una copia para su expediente.

Empleador: Por favor revise la información del formulario, conserve una copia para su expediente y proporcione una copia a PacificSource Administrators o envíe una hoja de cálculo de manera electrónica.

PacificSource Administrators PO Box 70168, Springfield, OR 97475-0110; (541) 485-7488, (800) 422-7038; fax (541) 225-3648, (800) 575-1109; PacificSource.com/PSA



The Lincoln National Life Insurance Company
 P.O. Box 2616, Omaha, NE 68103-2616
 Teléfono: 800-423-2765 Fax: 877-573-6177

Éste es su Formulario de Registro.

Siga estos pasos para llenar el formulario.
Escriba legiblemente con tinta y letra de molde.
Paso 1: Proporcione o confirme su información personal.
Paso 2: Anote información de dependientes, si alguno.
Paso 3: Elija sus beneficios.
Paso 4: Elija a sus beneficiarios.
Paso 5: Confirme el registro.
Paso 6: Firme, anote la fecha y envíe el formulario.

Identif. del Grupo: REXIUSFBP

1. Información personal Suya

Nombre del Grupo/Empleador/Organización Participante Rexius Forest By-Products, Inc.		Condado	Código postal	Estado
Primer nombre Suya	Segundo nombre/Inicial	Apellido(s)	Núm. Seg. Soc.	Núm. identif. Empleado
Núm. y calle (Incluya el núm. de apto. o suite)		Ciudad	Estado	Código postal
Teléfono particular	Teléfono del celular	Teléfono del trabajo	Correo electrónico	
Sexo: <input type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem.	Estado civil: <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Soltero			

2. Información personal de los dependientes — Llénese si Usted está registrando dependientes.

Cónyuge

Primer nombre	Segundo nombre/Inicia	Apellido(s)	Núm. Seg. Soc.	Fecha de nac.
Proporcione información de la persona contacto si fuera diferente a la información Suya que se proporcionó previamente.				
Teléfono particular	Teléfono del celular	Teléfono del trabajo	Correo electrónico	

Hijos dependientes – Anote todos los Hijos que Usted esté registrando (anexe una hoja por separado, si fuera necesario).

Primer nombre	Segundo nombre/Inicial	Apellido(s)	Núm. Seg. Soc. (opcional)	Sexo	Fecha de nac.	Estudiante de tiempo completo
				<input type="checkbox"/> Mas. <input type="checkbox"/> Fem.		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
				<input type="checkbox"/> Mas. <input type="checkbox"/> Fem.		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
				<input type="checkbox"/> Mas. <input type="checkbox"/> Fem.		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Empleador – Llene esta sección.

División o ubicación de facturación: _____

Grupo de clasificación/código: _____ Frecuencia de la nómina de pago: _____

Número(s) de Póliza(s): _____

Promedio horas trabajadas por semana: _____ Tiempo completo Tiempo parcial Ocupación: _____

Ingresos: Por hora Semanal Mensual Anual \$ _____ Fecha de contratación: _____

¿Se encuentra Trabajando Activamente? Sí No Fecha de recontractación: _____

Lincoln Financial Group es el nombre de mercadeo de Lincoln National Corporation y sus filiales.
Continúa en la próxima página...

3. Selección de beneficios — Elija sus beneficios.

Marque la casilla o casillas correspondientes a cada tipo de seguro grupal que Usted esté solicitando. Toda cantidad de seguro está sujeta a las limitaciones y exclusiones estipuladas en la póliza y en el certificado.

Seguro Grupal Básico				
Empleador — Llene esta sección.		Tipo de seguro	Cantidad de seguro	Prima total
Clase	Fecha de efectividad			
_____	____/____/____	Vida & AD&D		Su Empleador paga
_____	____/____/____	Dependientes (Cónyuge e Hijos) Vida solamente <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No* <i>Usted tendrá que encontrarse registrado para el Seguro de Vida para agregar a su Cónyuge e Hijos.</i>		\$ _____
_____	____/____/____	Incapacidad a Corto Plazo (STD, por sus siglas en inglés)		Su Empleador paga

*Si elige "No", el registro para el seguro en una fecha posterior podría requerir información médica adicional y/o un examen físico, lo cual tendrá que ser pagado por Usted.

—Las deducciones exactas pueden variar un poco debido al redondeo de las cifras en la ilustración anterior—

4. Elija sus beneficiarios — Elija las personas que recibirán los beneficios de su seguro.

Beneficiario o Beneficiarios Primarios

El Beneficiario Primario es la(s) persona(s) que Usted identifica para recibir los beneficios del seguro al morir Usted.

Si son más de tres Beneficiarios Primarios, por favor anótelos en una hoja por separado.

Si son múltiples Beneficiarios Primarios, el porcentaje total de la combinación de todos, tendrá que equivaler al 100%.

Primer nombre		Inicial del 2do. nombre		Apellido(s)	
Núm. y calle		Ciudad		Estado	Código postal
Núm. Seg. Soc.	Fecha de nac.	Relación con Usted	Porcentaje	Teléfono	
- - -	/ /		%	() -	

Primer nombre		Inicial del 2do. nombre		Apellido(s)	
Núm. y calle		Ciudad		Estado	Código postal
Núm. Seg. Soc.	Fecha de nac.	Relación con Usted	Porcentaje	Teléfono	
- - -	/ /		%	() -	

Primer nombre		Inicial del 2do. nombre		Apellido(s)	
Núm. y calle		Ciudad		Estado	Código postal
Núm. Seg. Soc.	Fecha de nac.	Relación con Usted	Porcentaje	Teléfono	
- - -	/ /		%	() -	

Beneficiario(s) Contingente(s) y otras designaciones de beneficiarios

Un Beneficiario Contingente recibirá los beneficios únicamente si el/los Beneficiario(s) Primario(s) muriera(n) antes que Usted.
 Por favor utilice una hoja por separado para anotar a un Beneficiario Contingente. Si son múltiples Beneficiarios Contingentes, el porcentaje total de la combinación de todos, tendrá que equivaler al 100%.
 Para nombrar a los Beneficiarios por producto, anexe una hoja por separado identificando el producto y el beneficiario.

5. Confirmación del registro

Este seguro grupal se me ha ofrecido y después de haber considerado los beneficios detenidamente, he decidido:

- REGISTRARME PARA EL SEGURO** para el cual califico o pudiera calificar bajo las pólizas grupales emitidas por The Lincoln National Life Insurance Company, o sus filiales aseguradoras. Si se requieren contribuciones, autorizo a mi Empleador a descontar la prima contra mi pago.
- NO REGISTRARME en el seguro grupal ofrecido.** Entiendo que si me registro para el seguro en una fecha posterior y si se requiriera un examen físico o información médica adicional, yo tendré que pagar por dichos gastos.
- NO REGISTRAR a mis dependientes en el seguro grupal ofrecido.** Entiendo que si registro a mis dependientes para el seguro en una fecha posterior y si se requiriera un examen físico o información médica adicional, yo tendré que pagar por dichos gastos.

Advertencia de fraude/divulgaciones estatales

UNA PERSONA PUEDE ESTAR COMETIENDO FRAUDE EN MATERIA DE SEGUROS SI ÉL O ELLA REMITE UNA SOLICITUD O UNA RECLAMACIÓN CON ALGUNA DECLARACIÓN FALSA O ENGAÑOSA CON LA INTENCIÓN DE DEFRAUDAR (O A SABIENDAS DE QUE ÉL O ELLA ESTÁ ASISTIENDO A DEFRAUDAR) A UNA COMPAÑÍA DE SEGUROS

6. Firme y envíe

Entiendo que el seguro grupal solicitado no surtirá efectos hasta que haya sido aprobado por la Oficina de Servicio del Seguro Grupal de The Lincoln National Life Insurance Company, o sus filiales aseguradoras. Una fecha de efectividad diferida será aplicada si Usted no se encontrara Trabajando Activamente/Fuera un Miembro Activo. Una fecha de efectividad diferida podrá ser aplicada a su dependiente, si él o ella se encontrara internado en un hospital o centro de atención médica o se encontrara en un período de actividad limitada en la fecha en que el seguro surtiría efectos.

Entiendo que la información proporcionada es para el registro para el seguro grupal conforme a lo ofrecido por mi Empleado y que no será utilizada para los propósitos de la evaluación de riesgos.

La información proporcionada es completa, verídica, correcta y basada en mi mejor saber y entender.

Su nombre completo (en letra de molde): _____

Su firma: X _____ Fecha ____/____/____

Llene y envíe este formulario.

(Asegúrese de firmar y anotar la fecha en el formulario para iniciar su seguro.)

¿Preguntas? Llame al 800-423-2765

INSCRIPCIÓN • FORMULARIO DE CAMBIO

Este formulario de inscripción es una traducción de un formulario en inglés. En caso de discrepancia entre esta versión traducida y el formulario en inglés, el formulario en inglés tendrá prioridad.

INFORMACIÓN DE CLIENTES DEL GRUPO (A Completar por la Persona que mantiene el registro)

Nombre del Cliente/Empleador del Grupo Rexius Forest By-Products, Inc.	N.º de Cliente del Grupo 5596137	División	Clase	Código de Departamento
Fecha de Contratación (MM/DD/AAAA)	Fecha de Vigencia de la Cobertura (MM/DD/AAAA)			
Fecha de Vigencia de COBRA Original si corresponde (MM/DD/AAAA)	Fecha de Rescisión de COBRA si corresponde (MM/DD/AAAA)			

SU INFORMACIÓN DE INSCRIPCIÓN (A Completar por el Empleado en tinta azul o negra)

Nombre (Nombre/s, Apellido)	N.º del Seguro Social - -	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado
Dirección (Calle, Ciudad, Estado, Código Postal)		Fecha de Nacimiento (MM/DD/AAAA)	
<input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Jubilado	Cargo:	Horas Trabajadas Por Semana:	
<input type="checkbox"/> Nueva Inscripción <input type="checkbox"/> Modificación en la Inscripción <input type="checkbox"/> Continuación de COBRA Si se debe a un Evento que Califica, ingrese la fecha (MM/DD/AAAA)			

He leído el material de inscripción y solicito cobertura para los beneficios para los que soy o pueda ser elegible. Entiendo que los montos del seguro que solicito deben cumplir y están limitados por el diseño del plan descrito en el material de inscripción.

Seguro Dental

Seleccione su nivel de cobertura

- Solo para Empleados
 Empleado + Cónyuge ¹
 Empleado + Hijos
 Empleado + Cónyuge ¹ + Hijos

¹ Cónyuge se refiere también a la Pareja de hecho si usted y su Pareja están registrados como pareja de hecho, pareja en una unión civil o como una relación recíproca de los beneficiarios en una agencia u oficina gubernamental en donde se pueda solicitar el registro.

GEF02-1 ADM

(El número de formulario anterior aplica a los residentes de todos los estados, excepto los siguientes: El número de formularios

GEF09-1-Spanish aplica a los residentes de Montana;

GEF02-1

ADM aplica a los residentes de Utah; y

GEF02-1-Spanish

ADM aplica a los residentes de North Dakota)

INSTRUCCIONES DE ENVÍO

Después de completar el formulario, haga una copia para sus registros y devuelva el original a
MetLife Administration, P.O. Box 14593, Lexington, KY 40512-4593

Envíe por fax a MetLife al 1-888-505-7446

Página 1 de 3

EF-XDP201S-OR-Spanish (10/17)

Información del Dependiente

Si solicita cobertura para su Cónyuge y/o Hijos, proporcione la información que se solicita a continuación:

Nombre de su Cónyuge (Nombre/s, Apellido)

Fecha de Nacimiento (MM/DD/AAAA)

Masculino Femenino

Nombre/s de los Hijos (Nombres/s, Apellido)

Fecha de Nacimiento (MM/DD/AAAA)

Masculino Femenino

Masculino Femenino

Masculino Femenino

Masculino Femenino

Marque aquí si necesita más espacio. Proporcione la información adicional en una hoja separada y entréguela con su formulario de inscripción.

GEF02-1 ADM

(El número de formulario anterior aplica a los residentes de todos los estados, excepto los siguientes: El número de formularios

GEF09-1-Spanish aplica a los residentes de Montana;

GEF02-1

ADM aplica a los residentes de Utah; y

GEF02-1-Spanish

ADM aplica a los residentes de North Dakota)

ADVERTENCIAS DE FRAUDE

Antes de firmar este formulario de inscripción, lea la advertencia para el estado donde usted reside y para el estado donde se emitió el contrato para el cual está solicitando la cobertura.

Alabama, Arkansas, Distrito de Columbia, Luisiana, Massachusetts, Nuevo México, Ohio, Rhode Island y Virginia Occidental: Toda persona que a sabiendas presente un reclamo falso o fraudulento para recibir un pago por una pérdida o beneficio o que a sabiendas presente información falsa en una solicitud de seguro es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y confinamiento en prisión.

Colorado: Es ilegal proporcionar a sabiendas hechos o información falsa, incompleta o engañosa a una compañía de seguros con el propósito de estafar o intentar estafar a la compañía. Las sanciones pueden incluir encarcelación, multas, rechazo del seguro y daños civiles. Toda compañía o agente de seguros de una compañía de seguros que proporcione a sabiendas hechos o información falsa, incompleta o engañosa a un asegurado o demandante con el propósito de estafar o intentar estafar al asegurado o demandante con respecto a una liquidación o indemnización a pagar a partir de los ingresos de seguros debe ser informado a la División de Seguro de Colorado dentro del Departamento de Agencias Regulatorias.

Florida: Toda persona que a sabiendas y con la intención de dañar, estafar o engañar a cualquier compañía de seguros presenta una demanda o una solicitud que contiene información falsa, incompleta o engañosa es culpable de un delito de tercer grado.

Kansas y Oregón: Toda persona que a sabiendas presenta una declaración materialmente falsa en una solicitud de seguro puede ser culpable de un delito penal y puede estar sujeta a las penalidades de la ley del estado.

Kentucky: Toda persona que a sabiendas y con la intención de estafar a cualquier compañía de seguros u otra persona presenta una solicitud para un seguro que contiene información materialmente falsa u oculta, con el propósito de engañar, información relacionada con cualquier hecho material en ella, comete un acto de seguro fraudulento, lo cual es un delito.

Maine, Tennessee y Washington: Es un delito proporcionar a sabiendas hechos o información falsa, incompleta o engañosa a una compañía de seguros con el propósito de estafar a la compañía. Las sanciones pueden incluir encarcelación, multas o un rechazo de los beneficios del seguro.

Maryland: Toda persona que a sabiendas o intencionalmente presente un reclamo falso o fraudulento para recibir un pago por una pérdida o beneficio, o que a sabiendas o intencionalmente presente información falsa en una solicitud de seguro es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y confinamiento en prisión.

Nueva Jersey: Toda persona que presente una solicitud que contenga información falsa o engañosa está sujeta a sanciones penales y civiles.

Nueva York (solo aplica para los Beneficios por Accidente y de Salud): Toda persona que a sabiendas y con la intención de estafar a cualquier compañía de seguros o a otra persona presenta una solicitud para el seguro o una demanda que contiene información materialmente falsa u oculta, con el propósito de engañar, información relacionada con cualquier hecho material en ella, comete un acto de seguro fraudulento, lo cual es un delito, y debe estar también sujeto a una sanción penal que no debe exceder los cinco mil dólares y el valor establecido del reclamo para dicha violación.

GEF09-1 FW

(El número de formulario anterior aplica a los residentes de todos los estados, excepto los siguientes: El número de formularios

GEF09-1-Spanish aplica a los residentes de Montana;

GEF09-1

FW aplica a los residentes de Utah; y

GEF09-1-Spanish

FW aplica a los residentes de North Dakota)

Oklahoma: ADVERTENCIA: Toda persona que a sabiendas, y con la intención de dañar, estafar o engañar a cualquier aseguradora, presenta algún reclamo para el procedimiento de una póliza de seguro que contiene información falsa, incompleta o engañosa es culpable de un delito de tercer grado.

Puerto Rico: Toda persona que a sabiendas y con la intención de defraudar incluye información falsa en una solicitud de seguro o presenta, ayuda o es cómplice de un reclamo fraudulento para obtener el pago de una pérdida o de otro beneficio, o presenta más de un reclamo para la misma pérdida o daño, comete un delito. Además, si es culpable debe ser castigada por cada violación con una multa de no menos de cinco mil dólares (USD 5.000), sin exceder los diez mil dólares (USD 10.000), o ser encarcelada por un término fijo de tres (3) años o ambas cosas. Si existen circunstancias que lo agravan, el período fijo de prisión puede aumentar hasta un máximo de cinco (5) años y en caso de circunstancias atenuantes, el período de prisión se puede reducir hasta un mínimo de dos (2) años.

Vermont: Toda persona que a sabiendas presenta una declaración falsa en una solicitud de seguro puede ser culpable de un delito penal y estar sujeta a las penalidades de la ley del estado.

Virginia: Toda persona que, con la intención de estafar o a sabiendas de que facilita un fraude contra una aseguradora, envía una solicitud o presenta una demanda que contiene una declaración engañosa o falsa podría haber infringido la ley del estado.

Pensilvania y el resto de los estados: Toda persona que a sabiendas y con la intención de estafar a cualquier compañía de seguros u otra persona presenta una solicitud para un seguro o una demanda que contiene información materialmente falsa u oculta, con el propósito de engañar, información relacionada con cualquier hecho material en ella, comete un acto de seguro fraudulento, lo cual es un delito y somete a esta persona a sanciones penales y civiles.

GEF09-1 FW

(El número de formulario anterior aplica a los residentes de todos los estados, excepto los siguientes: El número de formularios

GEF09-1-Spanish aplica a los residentes de Montana;

GEF09-1

FW aplica a los residentes de Utah; y

GEF09-1-Spanish

FW aplica a los residentes de North Dakota)

DECLARACIONES Y FIRMA

Al firmar a continuación, reconozco que:

1. He leído este formulario de inscripción y declaro que toda la información que he suministrado es verdadera y completa según mi leal saber y entender.
2. Declaro que estoy laboralmente activo al momento de inscribirme.
3. Entiendo que si no me inscribo para la cobertura dental durante el período de inscripción inicial, es posible que se requiera un período de espera antes de que pueda inscribirme para tal cobertura luego de que el período de inscripción inicial haya expirado.
4. Autorizo a mi empleador a deducir las contribuciones requeridas de mis ingresos para mi cobertura. Esta autorización se aplica a dicha cobertura hasta que la rescinda por escrito.
5. Rechazo expresamente la cobertura de cualquier beneficio para los que soy elegible, pero que no solicité en este formulario de inscripción.
6. He leído las Advertencias de Fraude aplicables que se suministran en este formulario de inscripción.



Firma del Empleado

Nombre en Letra de Imprenta

Fecha de Firma (MM/DD/AAAA)

GEF09-1 DEC

(El número de formulario anterior aplica a los residentes de todos los estados, excepto los siguientes: El número de formularios

Spanish aplica a los residentes de Montana;

GEF09-1

DEC aplica a los residentes de Utah; y

GEF09-1-Spanish

DEC aplica a los residentes de North Dakota)

Formulario de inscripción / o de cambio de estatus / o de renuncia (rechazo)



P.O. Box 4327, Portland, OR 97208-4327, 800-878-4445, www.ProvidenceHealthPlan.com

Favor de llenar completamente la información de este formulario. Son datos necesarios para procesar su inscripción.

Datos del grupo empleador

Nombre del grupo empleador: Rexius Forest By-Products, Inc. Grupo #: 100375 Contrato de empleo, fecha: _____

Fecha de vigencia solicitada: _____ Fecha de inicio de período de espera: _____ Clase / subgrupo: _____

Inscripción nueva Inscripción abierta Renuncia a la cobertura (véase sección 4)

Cambio de condición existente Razón por cambio de condición*: _____ Fecha de evento: _____

identificación de quien suscribe: _____ Continuación COBRA / estatal: fecha inicio: _____, termina: _____

Plan a inscribirse: Opción abierta Base (2000 Ded) Opción abierta Buy-up (1500 Ded)

Califica da para HSA*

DEDUCIBLE / COPAGO: \$ _____

Sección 1 – Datos del empleado

Hombre Mujer Fecha de nac.: _____ No. Seguro Social: _____ Casado Soltero

Primer nombre: _____ Apellido: _____ Inicial 2do nombre: _____

Domicilio, calle: _____ Ciudad: _____ Edo.: _____ ZIP: _____

Dirección postal (si diferente al domicilio): _____ Ciudad: _____ Edo.: _____ ZIP: _____

Tel. día: _____ Tel. noche: _____ Dirección correo-e: _____

Sección 2 – Datos de dependientes en la inscripción (sin va a renunciar [rechazar], véase sección 4)

Uno más	Uno menos	Primer nombre	Apellido	Inicial 2do nombre	Parentesco con el empleado	No. Seguro Social	Fecha nac.	Sexo

*.- Razones de inscripción, incluyen: empleado elegible contratado de nuevo; matrimonio; divorcio; fallecimiento; adopción; cambio de dependientes (añadir o restar); cambio de domicilio o de nombre; pérdida involuntaria de otra cobertura; continuación COBRA o estatal. (Dependientes de inscritos en Opción personal que se mudan fuera del, o vuelven, al área de servicio deberán usar el formulario de inscripción de dependientes fuera del área (en inglés "Out-of-Area Dependent Enrollment"). Llame al Servicio de atención al cliente -número que aparece arriba- para obtenerlo. **.- En inglés, "Health Savings Account", es decir, cuenta de ahorros de la salud.

Sección 3 – Datos adicionales e/o información de cobertura acreditable

(Esta sección no es renuncia de cobertura. Es requisito de datos para reclamos de pagos.)

¿Tiene usted o algún miembro de su familia otro seguro médico de grupo y/o Medicare? SÍ NO

En caso afirmativo (SÍ), marque los tipos de cobertura, luego anote la información abajo: Médico Medicamentos de receta Cuidado de la vista

Nombre de la persona con póliza: _____ Fecha de nac. de la persona con póliza: _____

Compañía de seguros: _____ # de póliza: _____ Fecha de vigencia de póliza: _____

Tel. Cía. seguros: _____ Nombre completo, personas con cobertura: _____

¿Se ve afectado el seguro de cualquiera de estos dependientes por decreto de divorcio u orden de tribunal? SÍ NO

En caso afirmativo, favor de incluir la parte del decreto que muestre al responsable por gastos médicos.

¿Ha tenido Ud. antes cobertura médica de Providence Health Plan? SÍ NO En caso afirmativo, # identificación de miembro: _____

Sección 4 – Datos de renuncia de cobertura

(Favor de incluir los nombres de todo miembro elegible que **NO** se va a inscribir en los planes de Providence Health Plan.)

Nombre de la(s) persona(s) que renuncia(n) a la cobertura	Tipo de cobertura (individual / grupo empleador / Medicare)	Nombre del plan de seguro médico	Número de póliza	Nombre del grupo empleador

NOTA: Si va a renunciar (rechazar, declinar) la inscripción de usted mismo o de sus dependientes (incluso su cónyuge) debido a otra cobertura de seguro médico, puede, en lo futuro, inscribirse usted o sus dependientes en este plan, siempre y cuando solicite la inscripción dentro de 30 días de haber terminado su cobertura. Así también, si tiene un nuevo dependiente a raíz de matrimonio, nacimiento, adopción o dar en adopción, tal vez pueda inscribirse usted mismo y sus dependientes, siempre y cuando solicite la inscripción dentro de 30 días después de matrimonio, adopción, o dar en adopción.

Exactitud de datos de inscripción: Toda persona que, con intención de cometer fraude con conocimiento de causa, entrega esta solicitud con datos materiales falsos o esconde datos materiales, podrá quedar sujeta a castigos criminales y civiles, y los planes de salud Providence Health Plan (PHP) podrá cancelar la membresía de dicha persona, así como rehusar pagarle sus reclamos.

Doy fe de parte de quien suscribe (quien se inscribe): Doy fe de, y entiendo que, PHP podrá pedir o divulgar información médica, que no sean anotaciones de psicoterapia, acerca de mí o de mis dependientes (personas que estén listados en el formulario de inscripción para recibir beneficios de cobertura) para fines de: (a) llevar a cabo asuntos de negocio de operaciones de salud de PHP; (b) facilitar tratamiento de atención médica; (c) dar o facilitar pago por concepto de servicios médicos; o bien, (d) según lo requiera la ley. El uso o divulgación de anotaciones de psicoterapia de parte de PHP se limita a las circunstancias para las cuales el paciente haya dado y firmado su autorización.

Para más información sobre tales usos y divulgaciones, incluso usos y divulgaciones que la ley exija, favor de ver Aviso de prácticas de privacidad. Se dispone de una copia en: www.ProvidenceHealthPlan.com, o bien, llamando al Servicio de atención al cliente.

Autorización para deducir del cheque de nómina: Autorizo a mi empleador deducir de mi paga las contribuciones requeridas para la cobertura solicitada en este formulario de inscripción. Tal autorización de aplica a dicha cobertura hasta que yo la anule por escrito (no se aplica a continuación COBRA, estatal, o renuncia de cobertura).

Firma: _____ Fecha: _____