



Essential StaffCARE

Formulario de Registro del Plan de Cobertura Esencial Mínima Auto Financiado (MEC) y con Beneficios Limitados



Toda persona que deliberadamente y con la intención de lesionar, defraudar o engañar a una aseguradora, presente un reclamo de los beneficios de una póliza de seguro, que contenga información falsa, incompleta o engañosa será culpable de un delito grave.

ESTE PLAN DE INDEMNIZACIÓN DE MÉDICA FIJA ES UN SUPLEMENTO DEL SEGURO DE SALUD NO ES UN SUBSTITUTO DE LOS BENEFICIOS DE SALUD ESENCIALES NI DE LA COBERTURA ESENCIAL MÍNIMA, TAL COMO LA DEFINE LA LEY LLAMADA "AFFORDABLE CARE ACT" (ACA).

El Plan MEC Wellness/Preventive es un plan que se autofinancia patrocinado por el empleador, que se ha considerado que cumple las reglas y reglamentos de la ACA. Hay más información sobre los servicios preventivos en esta página de internet del gobierno: <https://www.healthcare.gov/what-are-my-preventive-care-benefits/> Si tiene preguntas o necesita ayuda, llame al departamento de Servicio al cliente de Essential StaffCARE al 1-866-798-0803.

Disponibilidad del Resumen de información sobre salud para del Plan MEC Wellness/Preventive

Su plan ofrece una serie de opciones para cobertura médica. Escoger su opción de cobertura médica es una decisión importante. Para ayudarle a tomar una decisión informada, su plan tiene disponible un Resumen de beneficios y cobertura (SBC), que contiene información importante sobre las opciones de la cobertura médica en un formato estándar, para ayudarle a comparar las opciones.

El SBC está disponible en la web en: essentialstaffcare.com/sbcmec. Puede pedir una copia impresa gratis, llamando al departamento de Servicio al cliente de Essential StaffCARE al 1-866-798-0803.

Los planes médico de compensación fija, de recetas médicas, dental y de la vista y el seguro de pérdida de la vida, de un miembro o de la vista por accidente, de Essential StaffCARE tienen el aval de BCS Insurance Company, Oakbrook Terrace, Illinois, bajo las pólizas número 25.1204, 26.1214, 26.212 y 26.213. Los planes de seguro de vida y por discapacidad a corto plazo tienen el aval de 4 Ever Life Insurance Company, Oakbrook Terrace, Illinois bajo la póliza número 62.200.

AAL ESC/MEC 4S PVDM v16.0B

OPCIONES DE PLANES

- Puede elegir el Plan de Indemnización Médica Fija (Opción 1) o el Plan MEC Wellness/ Preventive (Opción 2) o ambos.
- Lea la siguiente información sobre las opciones de planes y llene el formulario de registro de la última página.

OPCIÓN 1 - PLAN DE INDEMNIZACIÓN MÉDICA FIJA

INFORMACIÓN DEL PLAN

OPCIÓN 1 (Plan de Indemnización Médica Fija), paga una cantidad fija por cada evento cubierto causado por accidentes y enfermedades. Si el evento cubierto cuesta más, usted pagará la diferencia. Si el evento cubierto cuesta menos, usted se queda con la diferencia. El Plan de Indemnización Médica Fija no satisface la cobertura individual obligatoria de la reforma federal de la salud.

INFORMACIÓN SOBRE EL PAGO

Los planes médicos, dental, de la vista, seguro de vida y seguro por discapacidad a corto plazo de plan de indemnización fija se deducen de la nómina. Las primas de estos productos se tomarán de su cheque de pago.

INFORMACIÓN SOBRE IMPUESTOS

Su Compañía decidió tomar sus deducciones para los planes de compensación fija por cargos médicos, dentales, de la vista, seguro de vida y seguro por discapacidad a corto plazo **después de** descontarle los impuestos.

OPCIÓN 2 - PLAN MEC WELLNESS/PREVENTIVE

INFORMACIÓN DEL PLAN

Si elige la **OPCIÓN 2** (Plan MEC Wellness/Preventive) quedará **DISCALIFICADO** para recibir un subsidio del intercambio de seguros de salud. Este plan **NO** cubre servicios médicos. Este plan da cobertura para servicios preventivos como las vacunas y los exámenes de rutina. No cubre condiciones causadas por accidentes o enfermedades. Este plan satisface la cobertura individual obligatoria de la reforma federal de la salud. **Al comprar este plan, no le cobrarán impuestos por no comprar el seguro requerido por la ley llamada Affordable Care Act.**

INFORMACIÓN SOBRE EL PAGO

El Plan MEC Wellness/Preventive utilizará el proceso de pago directo. Usted recibirá información por correo con más instrucciones sobre cómo programar el pago. Para esta opción de pago se requerirá una tarjeta de crédito para que las primas se rebajen automáticamente.

CÓMO REGISTRARSE

PASO 1

Para inscribirse, completar el formulario del empleado que está en **la última página** de este paquete.

- Completar la sección Información del empleado como parte el proceso de contratación de nuevos empleados.
- Aceptar o Declinar cada beneficio.
- **DEBE Firmar y Poner** la fecha aunque decline la cobertura.

PASO 2

Por favor regresar el formulario de registro (sólo la última página) al gerente de su sucursal.

PASO 3

Quédese con el resto del paquete para sus registros.

Servicios para miembros:

Servicio al cliente de Essential StaffCARE: **1-866-798-0803**

- Después de registrarse, los miembros pueden llamar a este teléfono para preguntar sobre la cobertura de su plan, su tarjeta de identificación, el estatus de un reclamo, los folletos de las pólizas y para agregar, cambiar o cancelar la cobertura.
- El Centro de Llamadas de Servicio al cliente está abierto de lunes a viernes, de 8:30 a.m. a 8 p.m. tiempo del este. Hay representantes bilingües.
- Además, los miembros pueden visitar www.paisc.com y hacer clic en “Your Plan” y escribir el número de su grupo.

PREGUNTAS FRECUENTES

AFFORDABLE CARE ACT

¿Puedo recibir un subsidio en el Intercambio?

Registrado en el Plan MEC Wellness/Preventive:

No, si se registró en el Plan MEC Wellness/Preventive, no califica para recibir un subsidio del intercambio de seguros de salud porque este plan cumple con la definición de Cobertura esencial mínima. **NO** se registre en el Plan MEC Wellness/Preventive Plan si quiere recibir (o seguir recibiendo) un subsidio federal para su seguro de salud del intercambio de seguros de salud.

¿Estos planes satisfacen la cobertura individual obligatoria?

Registrado en el Plan MEC Wellness/Preventive:

Sí, al registrarse en el Plan MEC Wellness/Preventive cumplirá las obligaciones de la cobertura individual obligatoria.

EL PLAN MEC WELLNESS/PREVENTIVE

¿Cuándo me puedo registrar en el plan?

Puede registrarse en el Plan MEC Wellness/Preventive en los 30 días siguientes a la fecha de su contratación o en el período de registro anual de 30 días de su empleador. Si no se registra en uno de estos períodos, tendrá que esperar hasta el siguiente período de registro anual a menos que tenga un evento de vida calificado. Para registrarse tiene 30 días a partir de la fecha del evento de vida calificado. Además, usted puede solicitar un registro especial (para usted, su esposa/o y/o sus dependientes elegibles) en los 60 días a partir (1) de la pérdida de la cobertura bajo Medicaid o bajo un Programa estatal de seguro de salud infantil (SCHIP), o (2) de ser elegible para la asistencia premium de SCHIP bajo este beneficio médico.

¿Cuándo empieza la cobertura?

La cobertura empieza el primer día del mes siguiente a recibir su primer pago mensual.

¿Cómo puedo hacer cambios o registrarme si al principio rechacé el registro?

Para hacer cambios o registrarse si al principio rechazó el registro, pida a su empleador un formulario para cambios. Los cambios se hacen efectivos el primer día del mes siguiente a la fecha de la petición del cambio. Puede cancelar o reducir su cobertura en cualquier momento. Recuerde que solo se puede registrar o agregar más miembros a su cobertura durante el período de registro anual o en los 30 días siguientes a un evento de vida calificado.

¿Este plan cubre servicios médicos?

Este plan cumple las reglas y reglamentos de la ley ACA. Solo cubre servicios preventivos y de bienestar.

¿Hay alguna cláusula sobre condiciones pre-existentes aplicable al Plan MEC Wellness/Preventive?

En el plan MEC Wellness/Preventive no hay restricciones sobre las condiciones preexistentes. Aunque previamente le hayan diagnosticado un padecimiento, puede recibir cobertura para los servicios relacionados a tal condición tan pronto como la cobertura entre en efecto.

PREGUNTAS FRECUENTES

PLAN DE INDEMNIZACIÓN MÉDICA FIJA

¿Cuándo me puedo registrar en el Plan de Indemnización Médica Fija?

Puede registrarse en el Plan de Indemnización Médica Fija en los 30 días siguientes a la fecha de su contratación o de la fecha de su primer cheque de pago y en el período de registro anual de 30 días de su empleador. Si no se registra en uno de estos períodos, tendrá que esperar hasta el siguiente período de registro anual a menos que tenga un evento de vida calificado. Para registrarse tiene 30 días a partir de la fecha del evento de vida calificado.

¿Cuándo empieza la cobertura?

Su cobertura empieza el lunes siguiente a la primera deducción a su cheque de pago y continuará mientras le hagan descuentos a su cheque. Revise su comprobante de pago para asegurarse de que le hicieron la deducción. Si no le hacen una deducción a su cheque, para evitar quedarse sin cobertura, puede hacer pagos directamente a PAI. Después de seis semanas seguidas sin deducción de su cheque o pago directo de las primas, terminará la cobertura y en ese momento se le enviará información de COBRA.

Si no me dan una asignación de inmediato, ¿tendré que completar un nuevo formulario de registro?

Si después de seis meses no le han hecho ninguna deducción a su cheque de pago, llene otro formulario de registro. Si falta información se retrasará el proceso.

¿Puedo hacer cambios o cancelar la cobertura?

Puede cancelar o reducir su cobertura en cualquier momento a menos que se le hagan las deducciones de las primas antes de descontarle los impuestos. Para registrarse, agregar beneficios o agregar más miembros al seguro, tendrá sólo 30 días a partir de su fecha de contratación o de la fecha de su primer cheque de pago. Después de este plazo sólo podrá registrarse, agregar beneficios o agregar más miembros al seguro, durante el período de registro anual o en menos de 30 días de un evento de vida calificado.

(Lea la sección "INFORMACIÓN SOBRE IMPUESTOS" de la página 2 para ver si toman sus deducciones antes o después de descontarle los impuestos.)

¿Cómo puedo hacer cambios?

Para hacer cambios o cancelar la cobertura llame al (800) 269-7783. Marque su CÓDIGO DE PIN más los últimos cuatro dígitos de su número de Seguro Social (SSN). Recuerde que podría tomar de 2 a 3 semanas para que los cambios o la cancelación se reflejen en su cheque de pago. La cobertura continuará mientras le hagan deducciones a su cheque de pago.

CÓDIGO DE PIN:

400 + ____ (últimos cuatro dígitos de su SSN)

¿En este plan hay cobertura para los anticonceptivos?

Los anticonceptivos orales están cubiertos por el beneficio de recetas médicas. Los anticonceptivos que no son orales no están cubiertos.

¿Se cubren los beneficios para la maternidad?

Sí, los beneficios para la maternidad se cubren igual que las otras condiciones cubiertas bajo este plan.

PREGUNTAS FRECUENTES GENERALES

¿Cómo me registro?

Es muy fácil registrarse en los planes de Essential StaffCARE. Para registrarse, complete el Formulario de registro de Essential StaffCARE y entréguelo al gerente.

¿Qué es un evento de vida calificado?

Un evento de vida calificado se define como un cambio en su estatus debido a los siguientes casos:

- Matrimonio o divorcio
- Nacimiento o adopción de un niño
- Despido
- Muerte de un familiar inmediato
- Elegibilidad para Medicare
- Bancarrota del empleador
- Pérdida del estatus de dependiente
- Pérdida de la cobertura anterior

Si tiene un evento de vida calificado, debe enviar la documentación de ese evento y un formulario de cambio en los 30 días siguientes al evento. Además, usted puede solicitar un registro especial (para usted, su esposa/o y/o sus dependientes elegibles) en los 60 días a partir (1) de la pérdida de la cobertura bajo Medicaid o bajo un Programa estatal de seguro de salud infantil (SCHIP), o (2) de ser elegible para la asistencia premium de SCHIP bajo este beneficio médico.

¿Tienen cobertura los dependientes?

Sí. Los dependientes elegibles son su esposa/o y sus hijos menores de 26 años.

¿Hay alguna cláusula sobre condiciones pre-existentes aplicable al Plan de Indemnización médica fija?

En el plan de Indemnización médica fija no hay restricciones sobre las condiciones preexistentes. Aunque previamente le hayan diagnóstico un padecimiento, puede recibir cobertura para los servicios relacionados a tal condición tan pronto como la cobertura entre en efecto.

INFORMACIÓN SOBRE LA RED

PLAN DE INDEMNIZACIÓN MÉDICA FIJA

Aproveche al máximo sus beneficios

Este plan de beneficios le ofrece a usted y a su familia atención médica mediante los descuentos negociados con los proveedores e instalaciones de la Red First Health. Al elegir a un proveedor de la red usted aprovecha al máximo sus beneficios. Cuando usa a un proveedor de la red, automáticamente recibe el descuento de la red y el consultorio del doctor presenta el reclamo por usted. Si consulta a un doctor que no es parte de la red, no recibirá el descuento y quizá tenga que presentar el reclamo usted mismo.

¿Cómo encuentro a un doctor?

Se alienta a los miembros registrados a visitar a los proveedores de las redes indicadas para aprovechar al máximo su dinero. Para hallar a un proveedor de la red o para verificar que su proveedor esté en la red, llame o visite las páginas de internet de las redes mencionadas.

Red de recetas médicas

Si se registra en el Plan de Indemnización Médica Fija, queda automáticamente cubierto por el programa de descuentos para las recetas médicas a través de red de farmacias Caremark. Caremark tiene una red nacional con más de 58,000 farmacias participantes. Para hallar una farmacia Caremark participante, visite www.caremark.com. En la página "Resumen de los beneficios" hay información sobre los beneficios para recetas médicas.

¿Y qué pasa si necesito surtir una receta médica?

Para recibir descuentos en las recetas de medicinas genéricas y las marcas, muestre su tarjeta de identificación en las farmacias participantes. Las recetas de medicinas genéricas y las marcas se pagan basándose en la programación de beneficios hasta llegar a la cantidad máxima anual para recetas médicas. La cobertura de recetas médicas no se aplica a las medicinas que se administran en el consultorio del doctor o mientras está hospitalizado.

¿Tengo que ir a un proveedor de la red?

No se requiere que visite a un proveedor de la red. Si visita a un proveedor de la red de PPO, recibirá dos ventajas clave:

- Descuento en todos los servicios de la red de PPO.
- El proveedor presentará el reclamo a los administradores del plan.

INFORMACIÓN GENERAL

Red del Plan MEC Wellness/Preventive y el Plan de Indemnización Médica Fija

- First Health Network
1-800-226-5116
www.firsthealth.com

Recetas

- Caremark
1-888-963-7290
www.caremark.com

Plan de la vista

- EyeMed Vision Care
1-866-559-5252
www.eyemedvisioncare.com

Plan dental

- DenteMax
1-800-752-1547
www.dentemax.com

No llame a estas redes para preguntar sobre sus beneficios médicos. Todas las preguntas sobre beneficios médicos se deben hacer al departamento de Servicio para miembros de Essential StaffCARE, al 1-866-798-0803.

¿Cuándo me llegará la tarjeta de identificación?

Las tarjetas de identificación se envían tan pronto como se recibe y se procesa su formulario de registro. Recibirá su tarjeta de identificación en los 10 días siguientes a su fecha efectiva.

Tarjetas de identificación de los miembros

Se enviará a su domicilio una tarjeta de identificación y una carta de confirmación de cobertura. Si no recibe estos documentos dentro de 10 días hábiles de su fecha efectiva, o si cambia de dirección, llame al departamento de Servicio al cliente de Essential StaffCARE, al 1-866-798-0803. Muestre su tarjeta de identificación al proveedor cuando lo visite. Estas tarjetas se usan como identificación y los proveedores las usarán para verificar su elegibilidad.

PLAN DE INDEMNIZACIÓN MÉDICA FIJA EXCLUSIONES Y LIMITACIONES

Estas son las limitaciones y exclusiones estándar. Como podrían variar de un estado a otro, para ver una lista detallada de ellos, consulte el Resumen de descripción del plan (SPD).

BENEFICIOS PARA EL PLAN DE INDEMNIZACIÓN MÉDICA FIJA Y LA PÉRDIDA DE LA VIDA, DE UN MIEMBRO O DE LA VISTA POR ACCIDENTE

No se pagarán beneficios por pérdidas causadas por o resultantes de:

- Lesiones hechas a sí mismo intencionalmente, suicidio o intento de suicidio, ya sea cuerdo o demente
- Guerra declarada o sin declarar
- Servir en las Fuerzas Armadas a tiempo completo
- Un delito grave perpetrado por una persona cubierta por el Plan
- Enfermedades o lesiones relacionadas al trabajo, ya sea que los beneficios se paguen o no bajo la Ley de compensación de empleados u otra similar; o
- En relación con el beneficio de la pérdida de la vida, de un miembro o de la vista por accidente, no se pagarán beneficios por enfermedades físicas o mentales, ni por tratamientos médicos o quirúrgicos para dicha enfermedad, ni para infecciones bacterianas o virales sin importar cómo se contrajeron. Esto no incluye infecciones bacteriales que sean consecuencia natural y previsible de una lesión física accidental o la ingestión accidental de alimentos tóxicos.

No se pagarán beneficios por:

- Exámenes de la vista para prescribir lentes, cualquier tipo de anteojos y sus prescripciones
- Exámenes del oído y dispositivos para oír
- Tratamiento o atención dental que no sea la atención de las encías y los dientes naturales y sanos requerida para las lesiones que resulten de un accidente mientras la persona está cubierta por la póliza y se haga en los 6 meses siguientes al accidente
- Los servicios relacionados con cirugía cosmética, excepto la que necesite la persona cubierta para la reconstrucción de los senos después de una mastectomía o como resultado de un accidente que ocurra mientras está cubierta bajo esta póliza. Las cirugías cosméticas para lesiones accidentales se deben realizar dentro de los 90 días siguientes al accidente que causó la lesión y mientras la cobertura de esta persona sigue vigente
- Servicios proporcionados por un miembro de la familia inmediata de la persona cubierta.

Este Plan médico de compensación fija no está disponible para los residentes de Hawái, New Hampshire o Puerto Rico.

MEDICINAS RECETADAS

No se pagarán beneficios por medicinas y productos que se venden sin receta ni por medicinas que le administren a usted mientras está hospitalizado.

PLAN DENTAL

El plan sólo pagará los procedimientos especificados en el Programa de procedimientos cubiertos de la póliza de grupo. Muchos de los procedimientos cubiertos bajo el plan tienen períodos de espera y limitaciones sobre la frecuencia en que los pagará el plan. Si desea más información sobre los procedimientos cubiertos o las limitaciones, vea el Resumen de descripción del plan.

PLAN DE LA VISTA

No se pagarán beneficios por materiales, procedimientos o servicios provistos bajo la Ley de compensación a los trabajadores u otra ley similar; anteojos sin receta, armazones para tales anteojos o lentes de contacto sin receta; materiales, procedimientos o servicios provistos por un familiar directo o por usted mismo; cobros por materiales, procedimientos o servicios en la medida que se puedan pagar bajo otro contrato de servicio o póliza de seguro válidos y cobrables, ya sea que se haga el reclamo por tales beneficios o no.

DISCAPACIDAD A CORTO PLAZO

En esta cobertura no se pagan beneficios en los casos siguientes:

- Intento de suicidio o lesiones hechas a sí mismo intencionalmente
- Ingerir veneno voluntariamente; inhalar gas voluntariamente; ingerir drogas o sustancias químicas voluntariamente. Esto no se aplica a las que administra un médico certificado. El médico no debe ser usted o su esposa/o, su hijo o el hijo de su esposa/o, un hermano o padre ni una persona que viva en su casa
- Guerra declarada o sin declarar y las acciones relacionadas
- Cometer o intentar cometer un delito grave, o por pérdidas que ocurren durante el encarcelamiento debido a un delito grave
- Participar en un motín
- Participar en una ocupación ilegal
- Liberar energía nuclear
- Operar, viajar en una nave aérea o descender de ella (incluyendo un planeador "hang glider"). Estas limitaciones no se aplican mientras usted es pasajero de una aeronave con licencia, comercial y no militar, o
- Enfermedades y lesiones relacionadas con el trabajo.

Los beneficios de discapacidad a corto plazo (STD) no están disponibles para personas que trabajan en California, Hawái, New Jersey, New York o Rhode Island.

SEGURO DE VIDA

No se pagarán beneficios de seguro de vida por muertes causadas por suicidio o autodestrucción, o intento de éstos, en los 24 meses posteriores a la fecha en que entró en vigor la cobertura del asegurado por la póliza.

Beneficios preventivos y de bienestar requeridos por la ACA

Adultos

El Plan MEC cubre el 100% de la cantidad permitida dentro de la red; 40% fuera de la red

Aneurisma aórtico abdominal	Una prueba de detección para hombres de edades específicas que alguna vez han fumado
Mal uso del alcohol	Pruebas y consejería
Aspirina	Uso para hombres y mujeres de ciertas edades
Presión arterial	Pruebas para todos los adultos
Colesterol	Pruebas para adultos de ciertas edades o en alto riesgo
Cáncer colorrectal	Pruebas para adultos mayores de 50 años
Depresión	Pruebas para los adultos
Diabetes tipo 2	Pruebas para adultos con alta presión arterial
Dieta	Consejería para adultos en alto riesgo de enfermedades crónicas
VIH	Pruebas para todos los adultos en alto riesgo
Vacunas	Las vacunas para adultos, dosis, edades y poblaciones recomendadas varían: Hepatitis A, hepatitis B, herpes zoster, virus del papiloma humano, influenza (vacuna de la gripe), sarampión, paperas, rubéola, meningococo, neumococo, tétanos, difteria, tos ferina, varicela
Obesidad	Pruebas y consejería para todos los adultos
Infecciones transmitidas sexualmente (STI)	Consejería de prevención para todos los adultos en alto riesgo
Consumo de tabaco	Pruebas para todos los adultos y para dejar de fumar
Sífilis	Pruebas para todos los adultos en alto riesgo

Mujeres, incluyendo embarazadas

El Plan MEC cubre el 100% de la cantidad permitida dentro de la red; 40% fuera de la red

Anemia	Pruebas de rutina para embarazadas
Bacteriuria	Pruebas para infecciones en el tracto urinario y otras pruebas para embarazadas
BRCA	Consejería sobre pruebas genéticas para mujeres en alto riesgo
Mamografía para cáncer del seno	Pruebas cada 1 o 2 años para mujeres mayores de 40 años
Quimioprevención para cáncer del seno	Consejería para mujeres en alto riesgo
Lactancia materna	Apoyo completo y consejería de proveedores entrenados, y acceso a elementos para la lactancia para mujeres embarazada o lactantes
Cáncer de cuello uterino	Pruebas para mujeres sexualmente activas
Infección de clamidia	Pruebas para mujeres jóvenes y para mujeres en alto riesgo
Anticonceptivos	La Administración de Alimentos y Drogas aprobó métodos anticonceptivos, procedimientos de esterilización y consejería y educación para las pacientes, sin incluir medicamentos que produzcan abortos
Violencia doméstica e interpersonal	Pruebas y consejería para todas las mujeres
Ácido fólico	Suplementos para mujeres que podrían quedar embarazadas
Diabetes durante el embarazo	Pruebas para mujeres con un embarazo de 24 a 28 semana y quienes están en alto riesgo de desarrollar diabetes gestacional
Gonorrea	Pruebas para todas las mujeres en alto riesgo
Hepatitis B	Pruebas para las embarazadas en su primera visita prenatal
Virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)	Pruebas y consejería para mujeres sexualmente activas
Prueba de ADN para el virus del papiloma humano (HPV)	Pruebas de ADN para HPV cada tres años para mujeres con resultados de citología normal mayores de 30 años
Osteoporosis	Pruebas para mujeres mayores de 60 años dependiendo de los factores de riesgo
Incompatibilidad Rh	Pruebas para las embarazadas y pruebas de seguimiento para las mujeres en alto riesgo
Consumo de tabaco	Pruebas e intervenciones para todas las mujeres y consejería para las embarazadas que consumen tabaco

OPCIÓN 2 - RESUMEN DE BENEFICIOS DEL PLAN MEC WELLNESS/PREVENTIVE

Infecciones transmitidas sexualmente (STI)	Consejería para mujeres sexualmente activas
Sífilis	Pruebas para todas las mujeres embarazadas y para mujeres en alto riesgo
Consultas para el bienestar de la mujer	Para recibir los servicios preventivos recomendados para mujeres menores de 65 años

Beneficios preventivos y de bienestar requeridos por la ACA
Niños
El Plan MEC cubre el 100% de la cantidad permitida dentro de la red; 40% fuera de la red

Consumo de alcohol o drogas	Evaluaciones para adolescentes
Autismo	Pruebas para niños de 18 a 24 meses
Problemas del comportamiento	Evaluaciones para niños de todas las edades: 0-11 meses; 1 a 4 años; 5 a 10 años; 11 a 14 años; 15 a 17 años
Presión arterial	Pruebas para niños: 0-11 meses; 1 a 4 años; 5 a 10 años; 11 a 14 años; 15 a 17 años
Displasia cervical	Pruebas para mujeres sexualmente activas
Hipotiroidismo congénito	Pruebas para recién nacidos
Depresión	Pruebas para adolescentes
Problemas del desarrollo	Pruebas para niños menores de 3 años y supervisión durante la niñez
Dislipidemia	Pruebas para niños en alto riesgo de dislipidemia Edades: 1 a 4 años; 5 a 10 años; 11 a 14 años y 15 a 17 años
Quimioprevención con fluoruro	Suplementos para niños sin fluoruro en su fuente de agua
Gonorrea	Medicina de prevención para los ojos de los recién nacidos
Problemas auditivos	Pruebas para todos los recién nacidos
Altura, peso e índice de masa corporal	Medición de niños de: 0-11 meses; 1 a 4 años; 5 a 10 años; 11 a 14 años; 15 a 17 años
Hematocrito o hemoglobina	Pruebas para niños
Hemoglobinopatías	O pruebas de anemia falciforme para recién nacidos
VIH	Pruebas para los adolescentes en alto riesgo
Vacunas	Las vacunas para niños del nacimiento a los 18 años, su dosis, edades recomendadas y poblaciones recomendadas varían: Difteria, tétanos, tos ferina, haemophilus influenzae tipo B, hepatitis A, hepatitis B, virus del papiloma humano, vacuna antipoliomielítica inactivada, influenza (vacuna de la gripe), sarampión, paperas, rubéola, meningococo, neumococo, rotavirus, varicela
Hierro	Suplementos para niños de 6 aa 12 meses en riesgo de anemia
Plomo	Pruebas para niños en alto riesgo de exposición
Historial médico	Para todos los niños durante su desarrollo: Edades: 0-11 meses; 1 a 4 años; 5 a 10 años; 11 a 14 años; 15 a 17 años
Obesidad	Pruebas y consejería
Salud oral	Evaluación de su riesgo para niños pequeños: Edades: 0 a 11 meses; 1 a 4 años; 5 a 10 años
Fenilcetonuria (PKU)	Pruebas de este desorden genético para recién nacidos
Infecciones transmitidas sexualmente (STI)	Pruebas y consejería de prevención para adolescentes en alto riesgo
Tuberculina	Pruebas para niños en alto riesgo de tuberculosis: 0 a 11 meses; 1 a 4 años; 5 a 10 años; 11 a 14 años; 15 a 17 años
Vista	Pruebas para todos los niños

Prima Mensual	Número de póliza	82935900-M-AAL
Sólo Empleado		\$60.00
Empleado + Hijo(s)		\$79.80
Empleado + Esposo/a		\$87.00
Empleado + Familia		\$105.90

POR FAVOR COMPLETAR EL FORMULARIO DE REGISTRO DE LA ÚLTIMA PÁGINA

Beneficios Médicos de Compensación Fija

Beneficios para servicios internos		Beneficios para servicios externos ¹	
Máximo para atención estándar	\$300 diarios	Máximo anual para servicios externos	\$2,000
Máximo en la unidad de cuidados intensivos ²	\$400 diarios	Consultas del doctor	\$55 diarios
Cirugía internado	\$2,000 diarios	Laboratorio de diagnóstico	\$75 diarios
Anestesiología	\$400 diarios	Rayos X de diagnóstico	\$150 diarios
Enfermeras especializadas paga centros especializados después de hospitalización	\$100 diarios	Terapia física, ocupacional y del habla	\$50 diarios
Pérdida de la vida, de un miembro o de la vista por accidente		Servicios de ambulancia	\$300 diarios
Cantidad para el empleado	\$20,000	Sala de emergencia - Enfermedad	\$100 diarios
Cantidad para la esposa/o	\$20,000	Sala de emergencia - Accidente	\$300 diarios
Cantidad para los hijos (de 6 meses a 26 años)	\$5,000	Cirugía en servicios externos	\$500 diarios
Cantidad para bebés (de 15 días a 6 meses)	\$2,500	Anestesiología	\$200 diarios
Atención para la salud		Recetas médicas³	
Atención para la salud (una vez al año)	\$75	Máximo Anual	\$600
		Copago Genérica	\$10
		Copago Marca	\$50

¹ Los beneficios para servicios externos están sujetos al máximo para servicios externos ² Se paga además del beneficio para atención estándar

³ No tienen un máximo por servicios externos

Beneficios Dentales

	Período de Espera	Coseguro	Beneficio Anual Máximo	\$750	Deducible	\$50
Cobertura A	Ninguno	80%	Exámenes, limpiezas, radiografías intrabucales y mordidas			
Cobertura B	3 meses	60%	Empastes, cirugía oral y reparaciones de coronas, puentes y dentaduras postizas			
Cobertura C	12 meses	50%	Periodoncia, coronas, puentes, endodoncia y dentaduras postizas			

Beneficios para la Vista

	Pagos en la red	Pagos fuera de la red
Examen de la vista para anteojos¹ (incluyendo dilatación)	Copago: \$10, el plan paga el 100%	El plan paga \$35, usted paga el balance
Armazones²	El plan paga una cuota de \$110 ⁴	El plan paga \$55
Lentes de plástico estándar para anteojos¹	Copago: \$25, el plan paga el 100%	Copago: \$0, el plan paga \$25-\$55 ³
Prueba de lentes de contacto estándar¹	El plan paga hasta \$55	Usted paga 100% del precio
Prueba de lentes de contacto premium¹	El plan paga 10% del precio	Usted paga 100% del precio
Lentes de contacto o lentes desechables¹	El plan paga una cuota de \$110 ⁴	El plan paga \$88
Lentes de contacto médicamente necesarios¹	El plan paga el 100%	El plan paga \$200

¹ Una vez cada 12 meses ² Una vez cada 24 meses ³ Visión regular: \$25, Bifocales: \$40, Trifocales: \$55 ⁴ Descuento sobre el balance que supere la cantidad permitida; Armazones: 20%, Lentes de contacto convencionales: 15%

Beneficios de Seguro de Vida

Cantidad para el empleado	\$10,000 (baja a \$7,500 a los 65 años; \$5,000 a los 70 años)	Cantidad para los hijos (6 meses a 26 años)	\$5,000
Cantidad para la esposa/o	\$5,000 (termina a la los 70 años)	Cantidad para bebés (15 días a 6 meses)	\$1,000

Seguro por Discapacidad a Corto Plazo

Beneficio	60% del salario hasta \$150 por semana
Período de espera/ Período máximo de beneficios	7 días/ 26 semanas

Prima Semanal

Niveles de Copago	Médico	Dentales	Vista	Seguro de Vida	SDCP
Sólo Empleado	\$18.76	\$5.40	\$2.42	\$0.60	\$4.20
Empleado + Hijo(s)	\$31.16	\$14.58	\$6.54	\$0.90	n/a
Empleado + Esposo/a	\$35.64	\$10.80	\$4.84	\$0.90	n/a
Empleado + Familia	\$47.48	\$20.52	\$9.20	\$1.80	n/a

FORMULARIO DE REGISTRO

INFORMACIÓN REQUERIDA DEL EMPLEADO

USE SÓLO TINTA NEGRA o AZUL
(Contestar completamente)

Número de Seguro Social _____ - _____ - _____

Fecha de nacimiento ____/____/____ Sexo H M

Nombre _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado ____ Zip _____

Teléfono de casa _____ - _____ - _____

¿Usted o sus dependientes tienen Medicare?

Sí No Si responde "Sí":

Número de reclamo al seguro de salud de Medicare (HICN)

Fecha efectiva de Medicare ____/____/____

Nombre de la(s) persona(s) cubierta(s)

1. _____

2. _____

3. _____

INFORMACIÓN REQUERIDA DE LOS DEPENDIENTES

Nombre _____ Sexo H M

Número de Seguro Social _____ - _____ - _____

Fecha de nacimiento ____/____/____

Relación: Esposo/a Hijo/a Compañero doméstico

Nombre _____ Sexo H M

Número de Seguro Social _____ - _____ - _____

Fecha de nacimiento ____/____/____

Relación: Esposo/a Hijo/a Compañero doméstico

Nombre _____ Sexo H M

Número de Seguro Social _____ - _____ - _____

Fecha de nacimiento ____/____/____

Relación: Esposo/a Hijo/a Compañero doméstico

INFORMACIÓN DEL BENEFICIARIO

Escriba la información del beneficiario de su seguro de vida y del seguro por pérdida de la vida, de un miembro o de la vista por accidente. El seguro por pérdida de la vida, de un miembro o de la vista por accidente es parte del plan médico.

Nombre del Beneficiario _____

Relación _____

Leí el paquete de beneficios y comprendo sus limitaciones. Entiendo que el registro está disponible sólo por un tiempo limitado y entiendo que el no hacer una selección de la cobertura de beneficios significa rechazarla.

► Firma _____

Fecha ____/____/____

OPCIÓN 1 - PLAN DE INDEMNIZACIÓN Pagos Semanales

SELECCIONE EL NIVEL DE COBERTURA

Usted **DEBE** seleccionar un nivel de cobertura antes de añadir ningún beneficio. Su nivel de cobertura será idéntica para cada beneficiario.

- Sólo empleado Empleado + Esposo/a
 Empleado + Hijo(s) Empleado + Familia
 NO a todos los beneficios de compensación

PLAN DE INDEMNIZACIÓN MÉDICA FIJA



- Sí
 NO

\$18.76 Sólo empleado
\$31.16 Empleado + Hijo(s)
\$35.64 Empleado + Esposo/a
\$47.48 Empleado + Familia

Esta cobertura no está disponible para los residentes de New Hampshire, Hawaii, o Puerto Rico.

PLAN DENTAL



- Sí
 NO

\$ 5.40 Sólo empleado
\$14.58 Empleado + Hijo(s)
\$10.80 Empleado + Esposo/a
\$20.52 Empleado + Familia

PLAN DE LA VISTA



- Sí
 NO

\$2.42 Sólo empleado
\$6.54 Empleado + Hijo(s)
\$4.84 Empleado + Esposo/a
\$9.20 Empleado + Familia

SEGURO DE VIDA



- Sí
 NO

\$0.60 Sólo empleado
\$0.90 Empleado + Hijo(s)
\$0.90 Empleado + Esposo/a
\$1.80 Empleado + Familia

DISCAPACIDAD A CORTO PLAZO



- Sí
 NO

\$4.20 Sólo empleado

El seguro de discapacidad a corto plazo (STD) no está disponible para personas que trabajan en California, Hawaii, New Jersey, New York o Rhode Island.

OPCIÓN 2 - PLAN MEC WELLNESS/PREVENTIVE

- \$60.00** Sólo empleado **82935900-M-AAL**
 \$79.80 Empleado + Hijo(s) **Pagos Mensual**
 \$87.00 Empleado + Esposo/a
 \$105.90 Empleado + Familia
 NO al Plan MEC Wellness/Preventive

