




Formulario de registro de Cobertura esencial mínima (MEC) de beneficios limitados y autofinanciado


Complete el formulario de registro para elegir o declinar la cobertura

IMPORTANTE INFORMACIÓN DEL PLAN: Tiene dos opciones de planes médicos. Puede registrarse en uno o en los dos. Hay más beneficios disponibles si se registra en el Plan médico de compensación fija (Fixed Indemnity Medical).

Ventajas del Plan médico de compensación fija

- Cubre los gastos médicos diarios 
- Satisface la cobertura individual obligatoria
- Puede ser elegible para recibir un subsidio del intercambio de seguros de salud
- Opciones de plan dental, de la vista, seguro de vida y de discapacidad a corto plazo

Ventajas del Plan MEC Wellness/Preventive

- Cubre los gastos médicos diarios 
- Satisface la cobertura individual obligatoria
- Puede ser elegible para recibir un subsidio del intercambio de seguros de salud
- Opciones de plan dental, de la vista, seguro de vida y de discapacidad a corto plazo

1. Usted **DEBE** completar el Formulario de registro como parte de su proceso de nuevo empleado
2. Elija o decline todos los beneficios en el Formulario de registro
3. Usted **DEBE** Firmar y Fechar la parte inferior del formulario, aunque decline la cobertura
4. Entregue el Formulario de registro al gerente de su sucursal
5. Guarde para sus archivos la página Beneficios a simple vista

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

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.

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 la salud 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 resumen SBC está disponible en la página: essentialstaffcare.com/sbcmec. También está disponible gratis una copia impresa, que puede pedir llamando a Essential StaffCARE Customer Service, al 1-866-798-0803.

Si tiene preguntas o necesita ayuda, llame al departamento de Servicio al cliente de Essential StaffCARE al 1-866-798-0803.

FORMULARIO DE REGISTRO

ESC/MEC 4US PVDM v18.2

A. INFORMACIÓN REQUERIDA DEL EMPLEADO

LETRA DE IMPRENTA, TINTA NEGRA o AZUL (Contestar todo)

| | | |
|--------------------|----------------------------|---|
| Nombre | Teléfono | |
| # de Seguro Social | Fecha de nacimiento / / | Sexo <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M |
| Dirección | Apt. # | |
| Ciudad | Código Zip | Estado |

B. INFORMACIÓN DE MEDICARE

¿Usted o alguno de sus dependientes tiene Medicare?

Sí No. Si contestó "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. _____

C. SELECCIÓN DEL PLAN DE BENEFICIOS LIMITADOS

Pagos semanales deducidos del cheque

Usted **DEBE** seleccionar un nivel de cobertura antes de añadir ningún beneficio de la Sección C. Su nivel de cobertura será idéntica para cada beneficio de la Sección C. Este plan tiene el aval de BCS Insurance Company.

| SELECCIONE NIVEL DE COBERTURA | PLAN MÉDICO DE COMPENSACIÓN FIJA ¹ | PLAN DENTAL | PLAN DE LA VISTA | SEGURO DE VIDA | DISCAPACIDAD A CORTO PLAZO ² |
|---|---|---|---|---|---|
| Solo empleado <input type="checkbox"/> | \$18.76 | \$5.40 | \$2.42 | \$0.60 | \$4.20 |
| Empleado + Hijo(s) <input type="checkbox"/> | \$31.16 | \$14.58 | \$6.54 | \$0.90 | |
| Empleado + Esposa/o <input type="checkbox"/> | \$35.64 | \$10.80 | \$4.84 | \$0.90 | |
| Empleado + Familia <input type="checkbox"/> | \$47.48 | \$20.52 | \$9.20 | \$1.80 | |
| NO a TODOS los beneficios <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |

¹ Cobertura no disponible a residentes de NH, HI o PR. ² Beneficios de discapacidad a corto plazo no disponibles a trabajadores de CA, HI, NJ, NY o RI.

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 beneficio del plan médico de compensación fija.

Nombre _____ Relación _____

D. INFORMACIÓN REQUERIDA SOBRE LOS DEPENDIENTES

| | | | | |
|--------|--------------------|-------------------|---|--|
| Nombre | # de Seguro Social | Nacimiento / / | Sexo <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M | Relación <input type="checkbox"/> Esposa/o <input type="checkbox"/> Hijo/a <input type="checkbox"/> Compañero doméstico |
| Nombre | # de Seguro Social | Nacimiento / / | Sexo <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M | Relación <input type="checkbox"/> Esposa/o <input type="checkbox"/> Hijo/a <input type="checkbox"/> Compañero doméstico |
| Nombre | # de Seguro Social | Nacimiento / / | Sexo <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M | Relación <input type="checkbox"/> Esposa/o <input type="checkbox"/> Hijo/a <input type="checkbox"/> Compañero doméstico |

E. SELECCIÓN DEL BENEFICIO OPCIONAL DE MEC WELLNESS/PREVENTIVE

82935900-M-AAO

Pagos mensuales de pago directo

Si se registra en el **Beneficio opcional de MEC Wellness/Preventive** podría quedar **DESCALIFICADO** para recibir un subsidio del intercambio de seguros de salud. Este plan satisface la cobertura individual obligatoria de la reforma federal de la salud. Esta es una oferta de cobertura que cumple con la ACA y, al comprar este plan, no le cobrarán impuestos por no comprar el seguro requerido por la ley llamada Affordable Care Act. El Beneficio de MEC Wellness/Preventive Benefit **NO** está avalado por BCS Insurance Company. Es un beneficio que ofrece y que provee su empleador. Los pagos para el Beneficio de MEC Wellness/Preventive Benefit se hacen cada mes.

\$62.00 Solo empleado
 \$66.50 Empleado + Hijo(s)
 \$68.14 Empleado + Esposa/o
 \$72.44 Empleado + Familia

NO a MEC Wellness/Preventive



F. FIRMA REQUERIDA

DEBE FIRMAR Y PONER LA FECHA AUNQUE DECLINE LA COBERTURA

He leído el resumen de beneficios y comprendo sus limitaciones. Entiendo que me ofrecieron cobertura que cumple con la ACA (MEC Wellness/Preventive), y el registro sólo está disponible por un período limitado. Entiendo que el no hacer una selección de beneficios equivale a rechazar la cobertura.

FECHA ____/____/____

▶ FIRMA


RESUMEN DE LOS BENEFICIOS LIMITADOS


BENEFICIOS MÉDICO DE COMPENSACIÓN FIJA

El Plan médico de compensación fija paga una cantidad fija para un 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.

| Beneficios para servicios externos ¹ | | Beneficios para servicios internos | |
|--|---------------|--|-----------------|
| Consultas del doctor | \$55 diarios | Atención estándar | \$300 diarios |
| Diagnóstico (laboratorio) | \$75 diarios | Máximo en la unidad de cuidados intensivos ³ | \$400 diarios |
| Diagnóstico (rayos X) | \$150 diarios | Cirugía internado | \$2,000 diarios |
| Servicios de ambulancia | \$300 diarios | Anestesiología | \$400 diarios |
| Terapia física, del habla y ocupacional | \$50 diarios | Enfermeras especializadas ⁴ | \$100 diarios |
| Beneficio de sala de emergencia - Por enfermedad | \$100 diarios | Máximo anual para servicios internos ⁵ | No hay límite |
| Beneficio de sala de emergencia - Por accidente | \$300 diarios | Pérdida de la vida, de un miembro o de la vista por accidente | |
| Cirugía en servicios externos | \$500 diarios | Empleado/Esposa/o | \$20,000 |
| Anestesiología | \$200 diarios | Dependientes (de 6 meses a 26 años) | \$5,000 |
| Máximo anual para servicios externos | \$2,000 | Dependiente (de 15 días a 6 meses) | \$2,500 |
| Recetas médicas ² | | Atención para el bienestar | |
| Máximo anual | \$600 | Atención para el bienestar (una vez al año) | \$75 |
| Copago por medicinas genéricas/de marca | \$10/\$50 | | |


¹ los beneficios para servicios externos están sujetos al máximo por servicios externos ² no está sujetos al máximo por servicios externos ³ se paga además del beneficio para atención estándar ⁴ por centros especializados tras la hospitalización ⁵ Con sujeción a los límites internos del plan


| BENEFICIOS DENTALES | Período de espera/Coseguro | Beneficio anual máximo | \$750 | Deducible | \$50 |
|--|----------------------------|---|-------|-----------|------|
|  Cobertura A | Nada/ 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 | | | |

| BENEFICIO DE LA VISTA ¹ | En Red | Fuera de la Red |
|---|--------------------------------------|---------------------------------|
|  Examen de la vista para anteojos ² (incluyendo dilatación) | Tu pagas \$10 Copago | El plan paga 100% |
| Opciones del Examen (ajuste de lentes de contacto estándar o premium) | Hasta \$55 o 10% del precio de venta | \$0 |
| Armazones ³ | 80%, después \$110 descuento | \$110, más el 20% de permanecer |
| Prueba de lentes de contacto estándar (visión regular, bifocales, o trifocales) ² | \$25 Copago | 100% |
| Opciones de Lentes | \$15-\$45 o 20% descuento | 100% o 20% descuento |
| Lentes de contacto (Convencional) ² | \$0 Copago, 85% de los restantes | \$110, más el 15% de permanecer |
| Lentes Desechables ² | \$0 Copago | \$110, más el saldo |
| Lentes de contacto médicamente necesarios ² | \$0 Copago | 100% |

¹ Para información sobre el beneficio de la vista, que incluye servicios premium, visite www.essentialstaffcare.com/vision ² Cada 12 veces ³ Cada 12 meses

| BENEFICIO DE SEGURO DE VIDA | |
|---|---|
|  Para el empleado | \$10,000 (baja a \$7,500 a los 65 años y a \$5,000 a los 70 años) |
| Para la esposa/o | \$5,000 (termina a los 70 años) |
| Para los hijos (de 6 meses a 26 años) | \$5,000 |
| Para bebés (de 15 días a 6 meses) | \$1,000 |

| BENEFICIO DE DISCAPACIDAD A CORTO PLAZO | |
|---|--|
|  Cantidad del beneficio | 60% del salario hasta \$150 por semana |
| Período de espera/ Período máximo de los beneficios | 7 días hasta 26 semanas |

| BENEFICIO OPCIONAL DE MEC WELLNESS/PREVENTIVE ¹ | | Número de póliza 82935900-M-AAO | | |
|--|-----------|---------------------------------|------------------------|---------|
|  El Beneficio de MEC Wellness/Preventive opcional 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. | | | | |
| Beneficio | En la red | Fuera de la red | PRIMA MENSUAL PARA MEC | MEC |
| 15 Servicios preventivos para adultos | 100% | 40% | Solo empleado | \$62.00 |
| 22 Servicios preventivos para mujeres | 100% | 40% | Empleado + Hijo(s) | \$66.50 |
| 26 Servicios preventivos cubiertos para niños | 100% | 40% | Empleado + Esposa/o | \$68.14 |
| | | | Empleado + Familia | \$72.44 |

¹ Para más información sobre los servicios preventivos, visite www.healthcare.gov.

| PRIMA SEMANAL PARA LA COMPENSACIÓN | Plan médico | Plan dental | Vista | Seguro de vida | STD |
|------------------------------------|-------------|-------------|--------|----------------|--------|
| Solo empleado | \$18.76 | \$5.40 | \$2.42 | \$0.60 | \$4.20 |
| Empleado + Hijo(s) | \$31.16 | \$14.58 | \$6.54 | \$0.90 | - |
| Empleado + Esposa/o | \$35.64 | \$10.80 | \$4.84 | \$0.90 | - |
| Empleado + Familia | \$47.48 | \$20.52 | \$9.20 | \$1.80 | - |

EXCLUSIONES Y LIMITACIONES DE LOS BENEFICIOS LIMITADOS

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).

BENEFICIO DE COMPENSACIÓN FIJA PARA LA PÉRDIDA DE LA VIDA, DE UN MIEMBRO O DE LA VISTA POR ACCIDENTE O POR CUESTIONES MÉDICAS

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 Hawaii, New Hampshire o Puerto Rico.

RECETAS MÉDICAS

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, Hawaii, 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.

Servicios para miembros:

Para ver las preguntas frecuentes e información sobre la red del Plan médico de compensación fija (Fixed Indemnity Medical Plan, visite www.essentialstaffcare.com/FAQVSI. Para ver las preguntas frecuentes e información sobre el Plan MEC Wellness Preventive y una lista completa de los servicios preventivos que se cubren, visite www.essentialstaffcare.com/FAQMEC.

NOTA: Para hacer cambios o cancelar la cobertura llame al (800) 269-7783. Su código de pin para registrarse o hacer cambios es **400** + ____ (últimos cuatro dígitos de su SSN). Su Compañía decidió tomar sus deducciones **después de descontarle los impuestos**.

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 y 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 "Members" y escribir el número de su grupo.



El resumen SBC del Plan MEC está disponible en la página: essentialstaffcare.com/sbcmec. También está disponible gratis una copia impresa, que puede pedir llamando a Essential StaffCARE Customer Service, al 1-866-798-0803.

Este es un Formulario de registro de Essential StaffCARE.