



## 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).

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.

Para Participantes de California: Para registrarse en el Beneficio médico de compensación fija (Fixed Indemnity Medical Benefit), usted y sus dependientes deben tener una cobertura esencial mínima y estar registrados en una cobertura médica mayor.

**ESTE PLAN MÉDICO DE COMPENSACIÓN FIJA ES UN SUPLEMENTO DEL SEGURO DE SALUD. NO ES UN SUBSTITUTO DE LA COBERTURA DE BENEFICIOS PARA LA SALUD ESENCIALES TAL COMO LO DEFINE LA LEY FEDERAL DE SALUD.**

Los planes médico de compensación fija, de recetas médicas, 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 y 26.1214.

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/coverage/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 voluntaria electrónica de información resumida sobre salud para del Plan MEC Wellness/Preventive

Una copia del resumen de beneficios y cobertura ("SBC") de Essential StaffCARE ("ESC") está disponible en el siguiente enlace: [www.enrollment.care/info/sbcmec](http://www.enrollment.care/info/sbcmec).

Mientras que usted puede tener otros planes de salud, este es el enlace para su plan de MEC con ESC. Este importante documento explica los términos y condiciones de su plan de salud, incluyendo elegibilidad, cantidades de cobertura y exclusiones junto con sus derechos y responsabilidades. En cualquier momento, puede solicitar copias en papel o revocar su consentimiento para la entrega electrónica, sin cargo, llamando 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.





VSI

2913900-DDI

SÓLO USO DE OFICINA

LOCATION \_\_\_\_\_

Rehire Date \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

**FORMULARIO DE REGISTRO**

ESC/MEC 4S-DVTY P2M v23.1

**A. INFORMACIÓN REQUERIDA DEL EMPLEADO****LETRA DE IMPRENTA, TINTA NEGRA o AZUL (Contestar todo)**

Nombre	Teléfono		
# de Seguro Social	Fecha de nacimiento / /	Género <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****PLAN MÉDICO DE COMPENSACIÓN FIJA <sup>1</sup>**Solo empleado  **\$20.91**Empleado + Hijo(s)  **\$34.71**Empleado + Esposa/o  **\$39.73**Empleado + Familia  **\$52.90** **NO** a TODOS los beneficios<sup>1</sup> Cobertura no disponible a residentes de NH, HI o PR.**Escriba la información del beneficiario 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 / /	Género <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 / /	Género <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 / /	Género <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****82913900-M-DDI****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. El Beneficio de MEC Wellness/Preventive Benefit **NO** está avalado por BCS Insurance Company. Es un beneficio que ofrece y que provee su empleador. Nota: La ley de atención económica y protección del paciente llamada "Patient Protection and Affordable Care Act" (PPACA) ya no pone castigos a nivel federal por no tener seguro; pero, investigue para ver si con su estado tiene castigos o requisitos específicos por no tener cobertura individual. Los pagos para el Beneficio de MEC Wellness/Preventive Benefit se hacen cada mes. **\$58.19** Solo empleado  **\$65.79** Empleado + Hijo(s)  **\$71.00** Empleado + Esposa/o  **\$80.87** Empleado + Familia **NO** a MEC Wellness/Preventive**F. FIRMA REQUERIDA****DEBE FIRMAR Y PONER LA FECHA AUNQUE DECLINE LA COBERTURA**

Al firmar abajo, confirmo que leí el Resumen de beneficios y las Limitaciones y exclusiones de los planes de beneficios recomendados; que me ofrecieron una cobertura que cumple la ley ACA (MEC Wellness/Preventive) con fondos propios y que el período de registro está disponible por un tiempo limitado. También entiendo que no hacer una selección de beneficios es rechazar la cobertura y que la cobertura de beneficios sólo está disponible para empleados mayores de 18 años.

FECHA \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

▶ FIRMA

**RESUMEN DE LOS BENEFICIOS LIMITADOS****BENEFICIOS MÉDICO DE COMPENSACIÓN FIJA**

Para más detalles, vea el Resumen de descripción de su plan.

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.

<b>Beneficios para servicios externos</b> <sup>1</sup>		<b>Beneficios para servicios internos</b>	
Consultas del doctor (Virtual o En persona)	\$105 diarios	Atención estándar	\$500 diarios
Diagnóstico (laboratorio)	\$75 diarios	Máximo en la unidad de cuidados intensivos <sup>5</sup>	\$600 diarios
Diagnóstico (rayos X)	\$200 diarios	Cirugía internado	\$3,000 diarios
Servicios de ambulancia	\$300 diarios	Anestesia	\$600 diarios
Terapia física, del habla y ocupacional	\$50 diarios	Enfermeras especializadas <sup>6</sup>	\$100 diarios
Beneficio de sala de emergencia—Por enfermedad	\$200 diarios	Primera admisión al hospital (1 por año)	\$250
Beneficio de sala de emergencia—Por accidente <sup>2</sup>	\$500 diarios	Máximo anual para servicios internos <sup>7</sup>	No hay límite
Cirugía en servicios externos	\$500 diarios	<b>Pérdida de la vida, de un miembro o de la vista por accidente</b>	
Anestesia	\$200 diarios	Empleado/Esposa/o	\$20,000
Máximo anual para servicios externos	\$2,000	Dependientes (de 6 meses a 26 años)	\$5,000
<b>Recetas médicas (por reembolso)</b> <sup>3, 4</sup>		Dependiente (de 15 días a 6 meses)	\$2,500
Máximo anual	\$600	<b>Atención para el bienestar</b>	
Coseguro por medicinas genéricas/de marca	70% / 50%	Atención para el bienestar (una vez al año)	\$100

<sup>1</sup> los beneficios para servicios externos están sujetos al máximo por servicios externos <sup>2</sup> cubre el tratamiento para los accidentes fuera del trabajo solamente <sup>3</sup> no está sujetos al máximo por servicios externos <sup>4</sup> Para presentar un reclamo para el reembolso, guarde el recibo y envíelo a Planned Administrators, Inc. <sup>5</sup> se paga además del beneficio para atención estándar <sup>6</sup> por centros especializados tras la hospitalización <sup>7</sup> Con sujeción a los límites internos del plan

**BENEFICIO OPCIONAL DE MEC WELLNESS/PREVENTIVE**<sup>1</sup>Número de póliza **82913900-M-DDI**

**ACA** 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
Servicios preventivos para adultos	100%	40%	Solo empleado	\$58.19
Servicios preventivos para mujeres	100%	40%	Empleado + Hijo(s)	\$65.79
Servicios preventivos cubiertos para niños	100%	40%	Empleado + Esposa/o	\$71.00
			Empleado + Familia	\$80.87

<sup>1</sup> Para más información sobre los servicios preventivos, visite [www.healthcare.gov](http://www.healthcare.gov).

**PRIMA SEMANAL PARA LOS BENEFICIOS LIMITADOS**

Plan médico

Solo empleado	\$20.91
Empleado + Hijo(s)	\$34.71
Empleado + Esposa/o	\$39.73
Empleado + Familia	\$52.90

## 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.

### Servicios para miembros:

Para ver las preguntas frecuentes y información sobre la red del plan de compensación fija, visite <https://enrollment.care/info/bcs/ind>. Para preguntas, una lista completa de los servicios preventivos, y el resumen SBC del Plan MEC, visite <https://enrollment.care/info/bcs/mmdp>. El resumen SBC también está disponible gratis una copia impresa, que puede pedir llamando a Essential StaffCARE Customer Service, al 1-866-798-0803.

**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](http://www.paisc.com) y hacer clic en "Members."