



Formulario de registro de Cobertura esencial mínima (MEC) de Plan médico de compensación fija

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.

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-DVTYwb P2M v24.1

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**

Estos planes tienen el aval de BCS Insurance Company.

PLAN MÉDICO DE COMPENSACIÓN FIJA ¹

| | | | |
|---------------------|--------------------------|----------------------------------|---|
| Solo empleado | <input type="checkbox"/> | \$20.91 |  |
| Empleado + Hijo(s) | <input type="checkbox"/> | \$34.71 | |
| Empleado + Esposa/o | <input type="checkbox"/> | \$39.73 | |
| Empleado + Familia | <input type="checkbox"/> | \$52.90 | |
| | <input type="checkbox"/> | NO a TODOS los beneficios | |

Las primas se deducirán automáticamente de su cheque de pago. Para los ciclos de nómina semanales, la cantidad se muestra arriba, mientras que para otros ciclos de nómina, la cantidad real deducida se calculará en función de la cantidad semanal anterior.

¹ Cobertura no disponible a residentes de NH, HI o PR. ² STD no está disponible para personas que residen en CA, HI, NH, NJ, NY, o RI.**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 ¹**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**¹ Esta cobertura no está disponible para los residentes de HI o PR.**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 con un Número de Seguro Social (SSN) válido.

FECHA ___ / ___ / _____

▶ FIRMA

RESUMEN DE LOS BENEFICIOS LIMITADOS

Número de póliza **2913900-DDI**

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.

| Beneficios para servicios externos ¹ | | Beneficios para servicios internos | |
|--|---------------|--|-----------------|
| Consultas del doctor (Virtual o En persona) | \$115 diarios | Atención estándar | \$500 diarios |
| Diagnóstico (laboratorio) | \$90 diarios | Máximo en la unidad de cuidados intensivos ⁵ | \$600 diarios |
| Diagnóstico (rayos X) | \$250 diarios | Cirugía internado | \$3,000 diarios |
| Servicios de ambulancia | \$350 diarios | Anestesia | \$600 diarios |
| Terapia física, del habla y ocupacional | \$50 diarios | Enfermeras especializadas ⁶ | \$100 diarios |
| Beneficio de sala de emergencia—Por enfermedad | \$250 diarios | Primera admisión al hospital (1 por año) | \$300 |
| Beneficio de sala de emergencia—Por accidente ² | \$500 diarios | Máximo anual para servicios internos ⁷ | No hay límite |
| Cirugía en servicios externos | \$500 diarios | Pérdida de la vida, de un miembro o de la vista por accidente | |
| Anestesia | \$200 diarios | Empleado/Esposa/o | \$20,000 |
| Máximo anual para servicios externos | \$2,200 | Dependientes (de 6 meses a 26 años) | \$5,000 |
| Recetas médicas (por reembolso)^{3, 4} | | Dependiente (de 15 días a 6 meses) | \$2,500 |
| Máximo anual | \$600 | Atención para el bienestar | |
| Coseguro por medicinas genéricas/de marca | 70% / 50% | Atención para el bienestar (una vez al año) | \$100 |

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

BENEFICIO OPCIONAL DE MEC WELLNESS/PREVENTIVE^{1, 2}

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 |

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

² Esta cobertura no está disponible para los residentes de HI o PR.

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 |

Las primas se deducirán automáticamente de su cheque de pago. Para los ciclos de nómina semanales, la cantidad se muestra arriba, mientras que para otros ciclos de nómina, la cantidad real deducida se calculará en función de la cantidad semanal anterior.

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 y hacer clic en "Members."

Enviar por
correo/fax a: Planned Administrators, Inc.
PO Box 6702
Columbia, SC 29260

Teléfono (866) 798-0803
Fax (803) 264-0772

Con el aval de
BCS Insurance Company
Oakbrook Terrace, IL

Llene este formulario SÓLO si va a hacer cambios a la cobertura o a cancelarla.

A. RAZÓN DEL CAMBIO

Cambio de dirección Cambio de nombre Agregar dependiente(s) Cambio de cobertura Cancelar la cobertura

B. INFORMACIÓN REQUERIDA DEL EMPLEADO

CONTESTAR TODO

Cambio de dirección/nombre

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

Agregar/cambiar información de dependientes

| Nombre | # de Seguro Social | Nacimiento / / | Género <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M | Relación |
|--------|--------------------|-------------------|---|----------|
| | | | <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M | |
| | | | <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M | |
| | | | <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M | |

C. CAMBIOS AL PLAN DE COMPENSACIÓN FIJA - Elija el cambio que quiere en cada beneficio

Pagos semanales

PLAN MÉDICO DE COMPENSACIÓN FIJA ¹

Solo empleado \$20.91

Empleado + Hijo(s) \$34.71

Empleado + Esposa/o \$39.73

Empleado + Familia \$52.90

Cancelar el plan

Sin cambio

Las primas se deducirán automáticamente de su cheque de pago. Para los ciclos de nómina semanales, la cantidad se muestra arriba, mientras que para otros ciclos de nómina, la cantidad real deducida se calculará en función de la cantidad semanal anterior.

¹ Cobertura no disponible a residentes de NH, HI o PR.

Agregar/cambiar al beneficiario del seguro por pérdida de la vida, de un miembro o de la vista por accidente

Primario Relación

Secundario Relación

D. CAMBIOS AL PLAN MEC - Seleccione el cambio que quiere hacer

82913900-M-DDI

Pagos mensuales

MEC Wellness/Preventive ¹ Cancelar el Plan MEC Sin cambio

\$58.19 Solo empleado \$65.79 Empleado + Hijo(s) \$71.00 Empleado + Esposa/o \$80.87 Empleado + Familia

¹ Esta cobertura no está disponible para los residentes de HI o PR.

Entiendo que la cobertura puede continuar durante mis elecciones anteriores hasta que este formulario sea recibido y procesado por PAI. Si elije beneficios para el plan de MEC, por la presente autorizo a mi empleador a enviar una solicitud de inscripción a PAI. Entiendo que un cambio en las elecciones será efectivo el día 1 del mes siguiente al borrador de su tarjeta de crédito. Si cancela, su cobertura terminará el último día del mes para el cual se haya realizado un pago. **Entiendo que el no hacer ninguna selección en las Secciones C y D de un beneficio, significa que no quiero hacer cambios a tal beneficio.**

FECHA ___/___/___

► FIRMA

PERÍODO DE REGISTRO: Diciembre 22–Enero 21

Plan de Indemnización Médica Fija (deduccions de nómina semanal)

- Los planes de Indemnización Médica Fija de ESC empiezan con **\$20.91**
- Sin limitaciones para condiciones preexistentes
- No hay período de espera ni deducibles en los beneficios médicos
- Beneficio de visita al consultorio
- Beneficio de Medicamentos Recetados

El Plan MEC Wellness/Preventive (pago mensual directo)

- El Plan MEC Wellness/Preventive desde **\$58.19** al mes
- Cubre beneficios obligatorios para calificar como cobertura esencial mínima
- Opciones de cobertura familiar
- El Plan MEC Wellness/Preventive se pagará a través de pago directo; información será enviada una vez que se haya inscrito.

Para un nuevo registro, contacte al gerente de la sucursal.
Para hacer cambios al plan actual, llame al **1-866-798-0803**.