

# 2018

## BENEFICIOS PARA SOCIOS

# AHORA ES SU OPORTUNIDAD DE INSCRIBIRSE

EMPLOYBRIDGE®

ResourceMFG • ProLogistix • ProDrivers • Select Staffing  
RemX • Remedy Intelligent Staffing • Westaff  
Decca Energy • Staffing Solutions • Personnel One  
Medical Solutions • Resource Accounting

### SUS OPCIONES DE COBERTURA

Valoramos los aportes de nuestros socios y procuramos ofrecerles beneficios de calidad a nuestros empleados. En agradecimiento por su dedicado servicio nos complace en ofrecerle una variedad de opciones de cobertura accesible a través de The American Worker. Le pedimos que lea esta guía para comprender sus opciones de beneficios y poder elegir las mejores opciones para usted y su familia.

#### OPCIONES MÉDICAS: Elija 1 de entre 5 planes

##### Med Enhanced

- Cobertura para consultas médicas, laboratorio, radiografías y medicamentos genéricos
- Cobertura del 100% dentro de la red para servicios preventivos obligatorios de la Ley de Cuidado de Salud Accesible (ACA)

##### Med Enhanced Plus:

- Incluye todos los beneficios de Med Enhanced **PLUS**
- Cobertura para accidentes, hospitalizaciones, cirugías y más

##### Med Advantage

- Cobertura del 100% dentro de la red por servicios preventivos obligatorios de la ACA

##### Med Advantage Plus

- Incluye todos los beneficios de Med Advantage **PLUS**
- Cobertura para consultas médicas, laboratorio, radiografías, descuentos con receta y más

##### Med Basic

- Cobertura para consultas médicas, laboratorio, radiografías, descuentos con receta y más

Planes que cumplen con el Mandato Individual de la ACA, de modo que usted no tendrá que pagar ninguna sanción impositiva...

Med Enhanced

Med Enhanced Plus

Med Advantage

Med Advantage Plus

La sanción será la que resulte superior entre el 2.5% de los ingresos domésticos o \$695 por adulto y \$347.50 por niño

### OPCIONES DE COBERTURA ADICIONAL

Usted puede elegir cualquiera de estos planes de beneficios en forma individual o servicios adicionales a su cobertura médica.

- **Dental:** Cubre hasta \$500 por año
- **Discapacidad a corto plazo:** Cubre \$200 por semana hasta 26 semanas
- **Visión:** Cobertura por exámenes oftalmológicos y lentes correctivos
- **Seguro de vida y por muerte accidental y desmembramiento (AD&D):** \$20,000 de cobertura para socios

### ELIGIBILIDAD Y LA INSCRIPCIÓN

Usted es elegible inmediatamente para planes de beneficios de The American Worker sin un periodo de espera.

Usted puede inscribirse durante el proceso de aplicación como nuevo empleado o dentro de los 30 días de recibir su primer cheque de pago.

*NOTA: Para inscribirse después de recibir su primer cheque de pago, utilice una de las siguientes opciones.*

### INSCRÍBASE AHORA

En línea: [www.TheAmericanWorker.com](http://www.TheAmericanWorker.com)

Disponible en cualquier momento

Teléfono: (877) 220-1862

Lunes - Viernes: 8 AM - 8 PM Hora del Este

Dispositivo móvil:

Envíe Staff2018 por texto al 24587

Disponible en cualquier momento

### Inscríbese en línea...

Haga clic en "Inscribirse - Comenzar aquí (Enroll - Start Here)"

En "¿Usuario Nuevo? (New User?)" seleccione "Numero de Empleado (Employee ID)"

- Ingrese su información
  - Employee ID: Su número de seguridad social
  - Date of Birth: Su fecha de nacimiento
  - Group #: 98418

Haga clic en "Continuar (Continue)" para inscribirse usted e inscribir a sus dependientes

*Nota: Los usuarios nuevos deberán crear una cuenta antes de inscribirse*

Departamento de Beneficios de EmployBridge (877) 785-5125

# RESUMEN DE OPCIONES DE COBERTURA MÉDICA

Puede elegir **UNA** de las siguientes cinco opciones médicas. Los beneficios varían según el plan, de modo que se ha incluido un resumen de cada uno para ayudarlo a entender mejor y comparar sus opciones. Lea la siguiente tabla para poder elegir la opción correcta para usted y su familia.

| OPCIONES MÉDICAS                           | BASIC                              | ADVANTAGE              | ADVANTAGE PLUS                     | ENHANCED               | ENHANCED PLUS                   |
|--|------------------------------------|------------------------|------------------------------------|------------------------|---------------------------------|
| Cumple con el Mandato Individual de la ACA | No                                 | Sí                     | Sí                                 | Sí                     | Sí                              |
| <b>RESUMEN DE LA COBERTURA</b>             |                                    |                        |                                    |                        |                                 |
| First Health Network                       | ✓                                  | ✓                      | ✓                                  | ✓                      | ✓                               |
| Consulta médica en consultorio             | Cubre \$100/Día                    |                        | Cubre \$100/Día                    | Usted paga \$30*       | Usted paga \$30*                |
| Teladoc                                    | ✓                                  |                        | ✓                                  |                        | ✓                               |
| Análisis de laboratorio<br>Radiografías    | Cubre \$75/Día<br>Cubre \$200/Día  |                        | Cubre \$75/Día<br>Cubre \$200/Día  | Usted paga \$30*       | Usted paga \$30*                |
| Atención preventiva                        |                                    | El plan cubre el 100%* | El plan cubre el 100%*             | El plan cubre el 100%* | El plan cubre el 100%*          |
| Accidente (por evento)                     | Cubre \$300                        |                        | Cubre \$300                        |                        | Cubre \$1,000                   |
| Atención en la sala de emergencia          |                                    |                        |                                    |                        | Cubre \$150/Día                 |
| Cirugía                                    | Cubre \$1,000/Día                  |                        | Cubre \$1,000/Día                  |                        | Cubre \$1,000/Día               |
| Admisión hospitalaria (en un solo pago)    | Cubre \$500/<br>Hospitalización    |                        | Cubre \$500/<br>Hospitalización    |                        | Cubre \$600/<br>Hospitalización |
| Servicios de hospitalización               | Cubre \$100/Día                    |                        | Cubre \$100/Día                    |                        | Cubre \$600/Día                 |
| Unidad de terapia intensiva                | Cubre \$200/Día                    |                        | Cubre \$200/Día                    |                        | Cubre \$1,200/Día               |
| Medicamentos recetados                     | Descuentos en genéricos y de marca |                        | Descuentos en genéricos y de marca | Copagos por genéricos  | Copagos por genéricos           |

\*DEBE visitar a un proveedor de First Health Network para que los servicios queden cubiertos. Los servicios de proveedores externos NO están cubiertos.

**TARIFAS SEMANALES** (Nota: Las tarifas quincenales son por el doble de las tarifas semanales. Las tarifas mensuales son algo más de 4 veces mayores que las tarifas semanales).

|                 |           |         |           |         |            |
|-----------------|-----------|---------|-----------|---------|------------|
| Solo socio      | \$18.59** | \$6.84  | \$25.43** | \$17.00 | \$32.08**  |
| Socio y cónyuge | \$31.24** | \$10.69 | \$41.93** | \$42.14 | \$77.74**  |
| Socio e hijo(s) | \$31.37** | \$11.46 | \$42.83** | \$51.00 | \$77.02**  |
| Socio y familia | \$47.30** | \$14.20 | \$61.50** | \$68.72 | \$108.23** |

\*\*Las tarifas incluyen un cargo administrativo semanal de \$0.25

## First Health Network\*

Los miembros tienen acceso a una de las redes más grandes del país, que ofrece ahorros en servicios con Médicos y Hospitales.

- Más de 490,000 sitios de proveedores en todo el país
- Para encontrar un proveedor, visite [www.FirstHealthLBP.com](http://www.FirstHealthLBP.com)

*Consejo: Cuando realice una cita, asegúrese de informarle a su proveedor que su cobertura incluye a la red First Health y corrobore que forme parte de la red.*

## Teladoc: Hable con un médico en cualquier momento de forma GRATUITA\*\*\*

Atención de calidad en minutos proporcionada por médicos matriculados en los EE. UU. las 24 horas del día los 365 días del año por teléfono, video en línea o aplicación móvil.

- Atención conveniente y efectiva sin costo.
- Los médicos pueden diagnosticar, atender, y, de ser necesario, recetar medicamentos.
- Evite atención de emergencia costosa o visitas a la sala de emergencia por situaciones no urgentes.

*Se requiere inscripción antes de su uso*

## DEDUCCIONES DE SUS BENEFICIOS Y CAMBIOS DURANTE EL AÑO

El costo de la cobertura es deducido de su cheque de pago antes de impuestos. Esto le ayuda a ahorrar dinero, debido a que las deducciones son procesadas antes de impuestos, las normas del IRS determinarán cuando usted pueda inscribirse, cambiar o cancelar durante el año.

Usted debe inscribirse cuando sea inicialmente elegible o durante la Inscripción abierta y la cobertura que elija permanecerá en vigencia durante todo el año. Si no lo hace, debe esperar hasta la próxima inscripción abierta para registrarse. Sin embargo, si experimenta un Evento de Vida que Califica (QLE) durante el año, usted podría ser elegible para inscribirse en una nueva cobertura, hacer cambios en la cobertura existente o cancelar su cobertura actual.

Los Eventos de vida que califican (QLE) incluyen, entre otros: Nacimiento, Adopción o custodia legal de un niño; matrimonio, divorcio o separación legal; muerte de un cónyuge o hijo; cambio de empleo de su cónyuge que afecta su cobertura de seguro.

Usted tiene 30 días a partir de la fecha de su QLE para llamar a The American Worker para hacer un cambio. Si no lo hace, no podrá hacer cambios hasta la próxima inscripción abierta. Los cambios a la cobertura deben ser consistentes con el QLE y es posible que se requiera documentación.

# MED BASIC - PUNTOS PRINCIPALES DEL PLAN

El Plan Med Basic ofrece cobertura para servicios de atención médica básicos debido a un accidente o enfermedad. El plan cubre un monto fijo por día por los servicios cubiertos. El plan cubre en forma adicional a otra cobertura, lo que puede ayudarlo a compensar sus gastos al recibir tratamiento.

El Plan Med Basic le ofrece cobertura tanto dentro como fuera de First Health Network. Consultar a un proveedor de First Health Network puede reducir sus costos. El plan también incluye Teladoc y descuentos en medicamentos recetados para ayudarlo a ahorrar en sus gastos médicos.

*Si elige esta opción como su único seguro, puede que deba pagar una sanción impositiva. La sanción sería de, al menos, \$695 por adulto y \$347.50 por hijo y podría ser mayor si sus ingresos domésticos superan los \$27,500.*

| RESUMEN DE LA COBERTURA                             | MED BASIC   |
|---|---|
| First Health Network                                | Incluido - Consulte la página 2 para mayores detalles   |
| Beneficios por consulta médica                      | El plan cubre \$100 por día, 6 días por persona por año   |
| Teladoc   | Acceso a los médicos por teléfono o por Internet en cualquier momento de <b>forma gratuita</b><br>Se requiere inscripción antes de su uso - <i>Consulte la página 2 para mayores detalles</i> |
| Análisis de laboratorio para pacientes ambulatorios | El plan cubre \$75 por día de prueba, 3 días por persona por año  |
| Radiografías para pacientes ambulatorios            | El plan cubre \$200 por día de prueba, 3 días por persona por año   |
| Estudios especializados para pacientes ambulatorios | El plan cubre \$300 por día de prueba, 3 días por persona por año   |
| Atención por lesiones accidentales                  | El plan cubre un máximo de \$300 por evento   |
| Indemnización por cirugía                           |   |
| Paciente hospitalizado diario                       | El plan cubre \$1,000 por día, 1 día por persona por año  |
| Paciente ambulatorio diario                         | El plan cubre \$500 por día   |
| Paciente ambulatorio diario menor                   | El plan cubre \$100 por día   |
| Máximo beneficio para paciente ambulatorio          | 1 día por persona por año   |
| Anestesia   | El plan cubre el 30% del beneficio por cirugía  |
| Indemnización diaria por hospitalización            | El plan cubre \$100 por día, por un máximo de 500 días de por vida  |
| Admisión hospitalaria ( <i>En un solo pago</i> )    | El plan cubre \$500 por hospitalización   |
| Unidad de terapia intensiva                         | El plan cubre \$200 por día, 30 días por persona por año  |
| Abuso de sustancias                                 | El plan cubre \$50 por día, 30 días por persona por año   |
| Padecimiento mental                                 | El plan cubre \$50 por día, 30 días por persona por año   |
| Cuidado de enfermería especializado                 | El plan cubre \$50 por día, 60 días por persona por estadía   |
| Cobertura para medicamentos recetados               | AWP Value Rx - <i>Consulte más abajo para mayores detalles</i>  |

| TARIFAS SEMANALES |          |
|-------------------|----------|
| Solo socio        | \$18.59* |
| Socio y cónyuge   | \$31.24* |
| Socio e hijo(s)   | \$31.37* |
| Socio y familia   | \$47.30* |

*\*Las tarifas incluyen un cargo administrativo semanal de \$0.25*

*El Plan Med Basic está garantizado por Nationwide Life Insurance Company, pero incluye otros beneficios, como First Health, Teladoc y AWP Value Rx, que son prestados por proveedores independientes.*

## AWP Value Rx - Proporcionado por Phoenix Benefit Management

Este programa está diseñado para ofrecer ahorros primordiales en medicamentos recetados ayudándolo a identificar opciones accesibles.

- Seleccione medicamentos genéricos y de marca disponibles por \$10, \$20, \$50 o menos
- Medicamentos genéricos y de marca no seleccionados se encuentran disponibles con descuento
- Más de 56,000 farmacias participantes en todo el país. Para encontrar una farmacia, visite [www.AWPValueRx.com](http://www.AWPValueRx.com).

*El AWP Value Rx es un programa de descuentos independiente a un seguro.*

*Notas: El Plan Med Basic (a) no es un sustituto de la cobertura médica mínima esencial conforme a la Ley de Cuidado de Salud Accesible (Affordable Care Act (ACA)), (b) no califica como cobertura médica mínima esencial conforme a la ACA y (c) no cumple con el mandato individual de la ACA. El Plan Med Basic no se encuentra disponible para los habitantes de New Hampshire ni Vermont.*

# MED ADVANTAGE & MED ADVANTAGE PLUS

## PUNTOS PRINCIPALES DEL PLAN

Ambos planes cumplen con el Mandato Individual de la ACA al ofrecer un 100% de cobertura dentro de la red por todos los servicios preventivos requeridos por la ACA.

- Evita la sanción impositiva, que es el monto que resulte mayor entre: el 2.5% de los ingresos domésticos o \$695 por adulto y \$347.50 por hijo mientras se encuentren inscritos.

El Plan Med Advantage sólo cubre servicios preventivos. No ofrece cobertura por enfermedad ni accidentes.

El Plan Med Advantage Plus ofrece cobertura para el tratamiento de enfermedades y accidentes, como consultas médicas en consultorio, laboratorio, radiografías, cirugías, hospitalizaciones y más. También incluye descuentos en medicamentos recetados.

| RESUMEN DE LA COBERTURA    | MED ADVANTAGE   |
|----------------------------|---|
| First Health Network       | Requerido - Consulte la página 2 para mayores detalles  |
| Cobertura mínima esencial* | El plan cubre el 100% de todos los Servicios de Atención Preventiva de la ACA<br>Consulte la página 6 para acceder la lista de los Servicios de Atención Preventiva Cubiertos |

\*DEBE visitar a un proveedor de First Health Network para que los servicios queden cubiertos. Los servicios de proveedores externos NO están cubiertos.

| RESUMEN DE LA COBERTURA                             | MED ADVANTAGE PLUS   |
|---|--|
| First Health Network                                | Requerido - Consulte la página 2 para mayores detalles   |
| Cobertura mínima esencial*                          | El plan cubre el 100% de todos los Servicios de Atención Preventiva de la ACA<br>Consulte la página 6 para acceder la lista de los Servicios de Atención Preventiva Cubiertos          |
| Beneficios por consulta médica                      | El plan cubre \$100 por día, 6 días por persona por año  |
| Teladoc   | Acceso a los médicos por teléfono o por Internet en cualquier momento de <b>forma gratuita</b><br>Se requiere inscripción antes de su uso - Consulte la página 2 para mayores detalles |
| Análisis de laboratorio para pacientes ambulatorios | El plan cubre \$75 por día de prueba, 3 días por persona por año   |
| Radiografías para pacientes ambulatorios            | El plan cubre \$200 por día de prueba, 3 días por persona por año  |
| Estudios especializados para pacientes ambulatorios | El plan cubre \$300 por día de prueba, 3 días por persona por año  |
| Atención por lesiones accidentales                  | El plan cubre un máximo de \$300 por evento  |
| Indemnización por cirugía                           |  |
| Paciente hospitalizado diario                       | El plan cubre \$1,000 por día, 1 día por persona por año   |
| Paciente ambulatorio diario                         | El plan cubre \$500 por día  |
| Paciente ambulatorio diario menor                   | El plan cubre \$100 por día  |
| Máximo beneficio para paciente ambulatorio          | 1 día por persona por año  |
| Anestesia   | El plan cubre el 30% del beneficio por cirugía   |
| Indemnización diaria por hospitalización            | El plan cubre \$100 por día, por un máximo de 500 días de por vida   |
| Admisión hospitalaria ( <i>En un solo pago</i> )    | El plan cubre \$500 por hospitalización  |
| Unidad de terapia intensiva                         | El plan cubre \$200 por día, 30 días por persona por año   |
| Abuso de sustancias                                 | El plan cubre \$50 por día, 30 días por persona por año  |
| Padecimiento mental                                 | El plan cubre \$50 por día, 30 días por persona por año  |
| Cuidado de enfermería especializado                 | El plan cubre \$50 por día, 60 días por persona por estadía  |
| Cobertura para medicamentos recetados               | AWP Value Rx - Consulte más abajo para mayores detalles  |

\*DEBE visitar a un proveedor de First Health Network para que los servicios queden cubiertos. Los servicios de proveedores externos NO están cubiertos.

| TARIFAS SEMANALES | MED ADVANTAGE | MED ADVANTAGE PLUS |
|-------------------|---------------|--------------------|
| Solo socio        | \$6.84        | \$25.43**          |
| Socio y cónyuge   | \$10.69       | \$41.93**          |
| Socio e hijo(s)   | \$11.46       | \$42.83**          |
| Socio y familia   | \$14.20       | \$61.50**          |

\*\*Las tarifas incluyen un cargo administrativo semanal de \$0.25

### AWP Value Rx - Proporcionado por Phoenix Benefit Management

Este programa está diseñado para ofrecer ahorros primordiales en medicamentos recetados ayudándolo a identificar opciones accesibles.

- Seleccione medicamentos genéricos y de marca disponibles por \$10, \$20, \$50 o menos
- Medicamentos genéricos y de marca no seleccionados se encuentran disponibles con descuento
- Más de 56,000 farmacias participantes en todo el país. Para encontrar una farmacia, visite [www.AWPValueRx.com](http://www.AWPValueRx.com).

El AWP Value Rx es un programa de descuentos independiente a un seguro.

Notas: El Plan Med Advantage Plus no se encuentra disponible para los habitantes de New Hampshire o Vermont.

Los Planes Med Advantage y Med Advantage Plus no cumplen con los requisitos de cobertura estatal de Massachusetts.

# MED ENHANCED & MED ENHANCED PLUS

## PUNTOS PRINCIPALES DEL PLAN

Ambos planes cumplen con el Mandato Individual de la ACA al ofrecer un 100% de cobertura dentro de la red por todos los servicios preventivos requeridos por la ACA.

- Evita la sanción impositiva, que es el monto que resulte mayor entre: el 2.5% de los ingresos domésticos o \$695 por adulto y \$347.50 por hijo mientras se encuentren inscritos.

Ambos planes incluyen cobertura dentro de la red para consultas médicas, laboratorio, radiografías, medicamentos recetados genéricos. El Plan Med Enhanced Plus ofrece cobertura por accidentes, cirugías, hospitalizaciones y más.

| RESUMEN DE LA COBERTURA   | MED ENHANCED  |
|---|---|
| First Health Network  | Requerido - Consulte la página 2 para mayores detalles  |
| Cobertura mínima esencial*  | El plan cubre el 100% de todos los Servicios de Atención Preventiva de la ACA<br>Consulte la página 6 para acceder la lista de los Servicios de Atención Preventiva Cubiertos |
| Consulta médica (visita)*   | Usted cubre \$30 por consulta, 4 consultas por persona por año  |
| Análisis de laboratorio y radiografías para pacientes ambulatorios* | Usted cubre \$30 por consulta, 3 consultas por persona por año  |
| Cobertura para medicamentos recetados                               | FBG Rx - Consulte más abajo   |

\*DEBE visitar a un proveedor de First Health Network para que los servicios queden cubiertos. Los servicios de proveedores externos NO están cubiertos.

| RESUMEN DE LA COBERTURA   | MED ENHANCED PLUS  |
|---|--|
| First Health Network  | Requerido - Consulte la página 2 para mayores detalles   |
| Cobertura mínima esencial*  | El plan cubre el 100% de todos los Servicios de Atención Preventiva de la ACA<br>Consulte la página 6 para acceder la lista de los Servicios de Atención Preventiva Cubiertos          |
| Consulta médica (visita)*   | Usted cubre \$30 por consulta, 4 consultas por persona por año   |
| Teladoc   | Acceso a los médicos por teléfono o por Internet en cualquier momento de <b>forma gratuita</b><br>Se requiere inscripción antes de su uso - Consulte la página 2 para mayores detalles |
| Análisis de laboratorio y radiografías para pacientes ambulatorios* | Usted cubre \$30 por consulta, 3 consultas por persona por año   |
| Atención en la sala de emergencia                                   | El plan cubre \$150 por día, 2 días por persona por año  |
| Atención por lesiones accidentales                                  | El plan cubre un máximo de \$1,000 por evento  |
| Indemnización por cirugía   |  |
| Paciente hospitalizado diario                                       | El plan cubre \$1,000 por día, 1 día por persona por año   |
| Paciente ambulatorio diario   | El plan cubre \$500 por día  |
| Paciente ambulatorio diario menor                                   | El plan cubre \$100 por día  |
| Máximo beneficio para paciente ambulatorio                          | 1 día por persona por año  |
| Anestesia   | El plan cubre el 30% del beneficio por cirugía   |
| Indemnización diaria por hospitalización                            | El plan cubre \$600 por día, por un máximo de 500 días de por vida   |
| Admisión hospitalaria ( <i>En un solo pago</i> )                    | El plan cubre \$600 por hospitalización  |
| Unidad de terapia intensiva   | El plan cubre \$1,200 por día, 30 días por persona por año   |
| Abuso de sustancias   | El plan cubre \$300 por día, 30 días por persona por año   |
| Padecimiento mental   | El plan cubre \$300 por día, 30 días por persona por año   |
| Cuidado de enfermería especializado                                 | El plan cubre \$300 por día, 60 días por persona por estadía   |
| Cobertura para medicamentos recetados                               | FBG Rx - Consulte más abajo  |

\*DEBE visitar a un proveedor de First Health Network para que los servicios queden cubiertos. Los servicios de proveedores externos NO están cubiertos.

| TARIFAS SEMANALES | MED ENHANCED | MED ENHANCED PLUS |
|-------------------|--------------|-------------------|
| Solo socio        | \$17.00      | \$32.08**         |
| Socio y cónyuge   | \$42.14      | \$77.74**         |
| Socio e hijo(s)   | \$51.00      | \$77.02**         |
| Socio y familia   | \$68.72      | \$108.23**        |

\*\*Las tarifas incluyen un cargo administrativo semanal de \$0.25

### FBG Rx

Efectiva y confiable cobertura por medicamentos recetados con una amplia red de más de 63,000 farmacias participantes de todo el país.

- Medicamentos genéricos: \$15 de copago
- Medicamentos de marca: Descuentos

Para encontrar una farmacia, visite [www.FBG-Rx.com](http://www.FBG-Rx.com).

Notas: El Plan Med Enhanced Plus no se encuentra disponible para los habitantes de New Hampshire ni Vermont.

Los Planes Med Advantage y Med Advantage Plus no cumplen con los requisitos de cobertura estatal de Massachusetts.

# SERVICIOS DE ATENCIÓN PREVENTIVA

Incluidos en los planes Med Advantage, Med Advantage Plus, Med Enhanced y Med Enhanced Plus

La ACA exige el 100% de cobertura dentro de la red para los servicios de atención preventiva que se enumeran a continuación para cumplir con el Mandato Individual. Los planes que incluyen el beneficio de cobertura mínima esencial cubren estos servicios y le permiten evitar la sanción impositiva.

*Usted DEBE visitar a un proveedor de First Health Network para que los servicios queden cubiertos. Los servicios de proveedores externos NO están cubiertos.*

## Adultos\*

- Detección de aneurisma abdominal aórtico por una sola vez para hombres de ciertas edades que han sido fumadores
- Detección y asesoría por consumo excesivo de alcohol
- Consumo de aspirinas para evitar enfermedades cardiovasculares en hombres y mujeres de ciertas edades
- Detección de presión arterial
- Detección del colesterol para adultos de ciertas edades o en situaciones de mayor riesgo
- Detección del cáncer colorrectal para adultos mayores de 50 años
- Detección de depresión
- Detección de diabetes (tipo 2) para adultos con presión arterial alta
- Asesoría alimenticia para adultos con mayor riesgo de enfermedad crónica
- Detección de Hepatitis B para personas en situaciones de alto riesgo
- Detección de Hepatitis C para personas en situaciones de mayor riesgo y una sola consulta para personas nacidas entre 1945 y 1965
- Detección de VIH para personas de 15 a 65 años y otras edades en situación de alto riesgo
- Vacunas para adultos (las dosis, edades recomendadas y poblaciones recomendadas varían): Difteria, Hepatitis A, Hepatitis B, Herpes, Herpes Zoster, Virus del Papiloma Humano (VPH), Influenza (Vacuna contra la gripe), Sarampión, Meningococo, Paperas, Pertusis, Pneumococo, Rubeola, Tétanos, Varicela
- Detección de cáncer de pulmón para adultos de 55 a 80 años en situación de alto riesgo de padecer cáncer de pulmón por ser fumadores compulsivos o por haber dejado de fumar en los últimos 15 años
- Detección de obesidad y tratamiento
- Asesoría para la prevención de infecciones de transmisión sexual (ITS) para adultos en situaciones de mayor riesgo
- Detección de sífilis para todos los adultos en situaciones de mayor riesgo
- Asesoría de consumo de tabaco para todos los adultos e intervenciones para dejar de fumar para los consumidores de tabaco

## Mujeres, incluyendo las embarazadas o las que podrían quedar embarazadas\*

- Detección de anemia de manera frecuente
- Asesoría para el cáncer de mama genético (BRCA) para mujeres en situaciones de mayor riesgo
- Mamografías para detectar el cáncer de mama cada 1 o 2 años para mujeres mayores de 40 años
- Asesoría de quimioprevención de cáncer de mama para mujeres en situaciones de mayor riesgo
- Apoyo y asesoría general de lactancia proporcionados por personal capacitado, y acceso a insumos para la lactancia para mujeres embarazadas y lactantes
- Detección de cáncer de útero para mujeres sexualmente activas
- Detección de infección por clamidia para mujeres jóvenes y otras mujeres en situaciones de mayor riesgo
- Métodos anticonceptivos: Suministro de alimentos y medicamentos - métodos anticonceptivos aprobados, procedimientos de esterilización, y educación y asesoría para pacientes, según ordene un proveedor de atención médica para mujeres con capacidad reproductiva (no incluye medicamentos abortivos)
- Detección y asesoría de violencia doméstica e interpersonal para todas las mujeres
- Suplementos de ácido fólico para mujeres que podrían quedar embarazadas
- Detección de gonorrea para todas las mujeres en situaciones de mayor riesgo
- Detección de diabetes gestacional para mujeres con 24-28 semanas de embarazo y para quienes se encuentren en situaciones de alto riesgo de desarrollo de diabetes gestacional
- Detección de Hepatitis B para mujeres embarazadas en su primera consulta prenatal
- Detección de VIH y asesoría para mujeres sexualmente activas
- Virus del Papiloma Humano (VPH), análisis de ADN cada 3 años para mujeres con resultados de citología normales mayores de 30 años
- Detección de osteoporosis para mujeres mayores de 60 años, según sus factores de riesgo
- Detección de incompatibilidad de Rh para todas las mujeres embarazadas y examen de seguimiento para mujeres en situaciones de mayor riesgo
- Asesoría por infecciones de transmisión sexual para mujeres sexualmente activas
- Detección de sífilis para todas las mujeres embarazadas, mujeres que podrían quedar embarazadas y mujeres en situaciones de mayor riesgo
- Detección e intervenciones por consumo de tabaco
- Intervención y asesoría por consumo de tabaco expandido para consumidoras de tabaco que están embarazadas
- Detección del tracto urinario u otra infección
- Consultas femeninas para recibir servicios recomendados para mujeres menores de 65 años

## Niños\*

- Análisis de consumo de alcohol y drogas para adolescentes
- Detección de autismo para niños de 18 y 24 meses
- Evaluaciones de comportamiento para niños de; 0 a 11 meses, 1 a 4 años, 5 a 10 años, 11 a 14 años, 15 a 17 años
- Detección de presión arterial para niños de 0-11 meses, 1-4 años, 5-10 años, 11-14 años, 15-17 años
- Detección de displasia de útero para mujeres sexualmente activas
- Detección de depresión para adolescentes
- Detección de desarrollo para niños menores de 3 años
- Detección de dislipidemia para niños en edades de mayor riesgo de desarrollo de trastornos de lípidos; 1-4 años, 5-10 años, 11-14 años, 15-17 años
- Suplementos de quimioprevención de fluoruro para niños sin fluoruro en su surtidor de agua
- Medicamentos para la prevención de gonorrea en los ojos para todos los recién nacidos
- Detección auditiva para todos los recién nacidos
- Medición de la altura, peso, índice de masa muscular para niños de 0-11 meses, 1-4 años, 5-10 años, 11-14 años, 15-17 años
- Detección de hematocritos o hemoglobina para todos los niños
- Detección de hemoglobinopatías o célula falciforme para recién nacidos
- Detección de Hepatitis B para adolescentes en situaciones de alto riesgo
- Detección de VIH para todos los adolescentes en situaciones de mayor riesgo
- Detección de hipotiroidismo para recién nacidos
- Vacunas para niños desde el nacimiento hasta los 18 años (las dosis, edades recomendadas y poblaciones recomendadas varían): Difteria, Tétanos, Pertusis, Haemophilus Influenzae Tipo B, Hepatitis A, Hepatitis B, Virus del Papiloma Humano (VPH), Poliomeilitis inactiva, Influenza (Vacuna contra la gripe), Sarampión, Meningococo, Pneumococo, Rotavirus, Varicela
- Suplementos de hierro para niños de 6-12 meses en riesgo de anemia
- Detección de plomo para niños en riesgo de exposición
- Antecedentes médicos para todos los niños a lo largo de su desarrollo; 0-11 meses, 1-4 años, 5-10 años, 11-14 años, 15-17 años
- Detección de obesidad y tratamiento
- Examen de riesgo de salud oral para niños pequeños: 0 a 11 meses, 1 a 4 años, 5 a 10 años
- Detección de fenilcetonuria (PKU) para recién nacidos
- Detección y tratamiento para la prevención de infecciones de transmisión sexual (ITS) para adolescentes en situaciones de mayor riesgo
- Análisis de tuberculina para niños en edades de mayor riesgo de tuberculosis: 0-11 meses, 1-4 años, 5-10 años, 11-14 años, 15-17 años
- Examen de la vista para todos los niños

\*El Grupo de Trabajo sobre Servicios Preventivos de los Estados Unidos (U.S. Preventive Services Task Force) actualiza periódicamente la lista y establece los requisitos, como la edad, el género y el estado de salud para que los servicios sean cubiertos. Para acceder a una lista actualizada de todos los requisitos, visite [www.healthcare.gov/preventive-care-benefits](http://www.healthcare.gov/preventive-care-benefits). Se aplican limitaciones y exclusiones.

Puede encontrar una copia del Resumen de Beneficios y Cobertura (SBC) para los planes médicos que incluyen el beneficio de cobertura mínima esencial en línea en [www.TheAmericanWorker.com](http://www.TheAmericanWorker.com). Si no puede acceder a SBC en línea o desea que le envíen una copia a su casa, llame al (877) 220-1862.

## DENTAL (Proporcionado por Ameritas Life Insurance Corp.)

Mantenga una sonrisa brillante y saludable mientras protege su bienestar general con una cobertura dental accesible. Puede usar cualquier proveedor, pero tener acceso a una red dental para reducir los costos fuera de su presupuesto.

|  |  |  |
|--|--|--|
| <b>Máximo por año calendario</b>   | El plan cubre hasta \$500 por miembro cubierto |  |
| <b>Deducible</b>   | Usted cubre \$20 por visita                    |  |
| <b>SERVICIOS CUBIERTOS</b>   | <b>PERÍODO DE ESPERA</b>                       | <b>COSEGURO</b>                          |
| <b>Preventivos y de diagnóstico</b><br>Exámenes de rutina, limpiezas, radiografías, etc.                         | Ninguno  | Cubiertos al 100%<br>(Cargos habituales) |
| <b>Tratamiento básico</b><br>Amalgamas restaurativas y compuestos<br>Endodoncia, Periodoncia, Extracciones, etc. | 3 meses  | Cubiertos al 60%<br>(Cargos habituales)  |
| <b>Tratamiento complejo</b><br>Aplicaciones, coronas, prostodoncia, etc.   | 12 meses                                       | Cubiertos al 60%<br>(Cargos habituales)  |

| TARIFAS SEMANALES |         |
|-------------------|---------|
| Solo socio        | \$4.75  |
| Socio y cónyuge   | \$11.88 |
| Socio e hijo(s)   | \$8.55  |
| Socio y familia   | \$12.83 |

**PARA ENCONTRAR UN PROVEEDOR**  
Llame al (800) 659-2223 y seleccione la opción 3  
Visite [www.Ameritas.com](http://www.Ameritas.com) y haga clic en  
ENCUENTRE UN PROVEEDOR Luego  
seleccione ODONTOLÓGICO (DENTAL)  
y haga clic en PROVEEDOR DE LA RED  
(NETWORK PROVIDER).

## VISIÓN (Proporcionado por Ameritas Life Insurance Corporation)

Un examen de la vista regular no lo ayudará solamente a que vea mejor, también puede detectar los primeros signos de enfermedades graves. Con este plan, usted recibirá cobertura por exámenes, así como lentes correctivos. Visite al proveedor de VSP Choice para acceder a los máximos beneficios del plan.

|   |  |  |
|---|--|--|
| <b>Deducibles</b>   | Usted cubre \$10 por examen y \$25 por marcos y lentes de cristal para ojos <sup>1</sup> |  |
| <b>Frecuencia</b><br>Examen / Lentes / Marco                                    | Sobre la base de la fecha de servicio<br>12 meses / 12 meses / 24 meses                  |  |
| <b>SERVICIOS CUBIERTOS</b>  | <b>VSP CHOICE NETWORK</b>  | <b>FUERA DE LA RED</b>   |
| <b>Exámen de la vista anual</b>   | Cubierto en su totalidad   | VSP cubre hasta \$45   |
| <b>Lentes (por par)</b><br>Visión individual / Bifocal<br>Trifocal / Lenticular | Cubierto en su totalidad<br>Cubierto en su totalidad                                     | VSP cubre<br>Hasta \$30 / Hasta \$50<br>Hasta \$65 / Hasta \$100 |
| <b>Lentes de contacto</b><br>Exámenes de ajuste y<br>seguimiento                | 15% de descuento   | VSP no cubre beneficios  |
| Electivo  | VSP cubre hasta \$120  | Hasta \$105  |
| Medicamente necesario   | Cubierto en su totalidad   | Hasta \$210  |
| <b>Armazones</b>  | VSP cubre hasta \$120 <sup>2</sup>   | VSP cubre hasta \$70   |

| TARIFAS SEMANALES |        |
|-------------------|--------|
| Solo socio        | \$2.07 |
| Socio y cónyuge   | \$4.10 |
| Socio e hijo(s)   | \$3.82 |
| Socio y familia   | \$5.84 |

<sup>1</sup>Deducible se aplica a un par de anteojos o armazones completos, el que sea que se haya seleccionado.  
<sup>2</sup>El subsidio de Costco será el equivalente mayorista.

**PARA ENCONTRAR UN PROVEEDOR**  
Llame al (800) 877-7195  
Visite [www.Ameritas.com](http://www.Ameritas.com) y haga clic en  
ENCONTRAR (FIND) UN PROVEEDOR.  
Luego seleccione OFTALMOLÓGICO  
(VISION): VSP y haga clic en BUSCAR  
PROVEEDORES DE VSP (LOOK UP VSP  
PROVIDERS).

## DISCAPACIDAD A CORTO PLAZO\*

Su familia y vida cotidiana pueden depender de un ingreso constante. Si usted se enferma o lesiona, y no puede trabajar, este beneficio le pagará dinero en efectivo. Inscríbase en este beneficio para proteger sus ingresos cuando usted no pueda trabajar.

|                                    |   |
|------------------------------------|---|
| <b>Beneficio máximo semanal</b>    | El plan cubre un beneficio en un solo pago de \$200 |
| <b>Período de beneficio máximo</b> | 26 semanas  |
| <b>Período de espera</b>           | 7 días (accidentes y enfermedad)                    |

La cobertura incluye discapacidad debido a embarazo y parto.

| TARIFAS SEMANALES |        |
|-------------------|--------|
| Solo socio        | \$3.87 |

Nota: Los habitantes de CA, NJ, NY y RI podrían resultar aptos para recibir beneficios estatales adicionales por discapacidad.

## SEGURO DE VIDA Y POR MUERTE ACCIDENTAL Y DESMEMBRAMIENTO\*

El seguro de vida puede ayudar a sus seres queridos durante tiempos difíciles. Este beneficio ofrece dinero en efectivo que podría ayudar a su familia en caso de que usted falleciera. Inscríbase en este beneficio para proteger el futuro de quienes más dependen de usted.

|  |                        |
|--|------------------------|
| <b>Seguro de vida y por muerte accidental y desmembramiento</b><br>Socio | El plan cubre \$20,000 |
| <b>Seguro de vida para dependientes</b><br>Cónyuge                       | El plan cubre \$2,500  |
| Hijo (6 meses- 26 años)  | El plan cubre \$1,250  |
| Niños pequeños (10 días- 6 meses)  | El plan cubre \$200    |

| TARIFAS SEMANALES |        |
|-------------------|--------|
| Solo socio        | \$0.60 |
| Socio y cónyuge   | \$0.90 |
| Socio e hijo(s)   | \$0.90 |
| Socio y familia   | \$1.80 |

\*El seguro por discapacidad a corto plazo y de vida y por muerte accidental y desmembramiento que ofrece Nationwide Life Insurance Company no se encuentra disponible para los habitantes de New Hampshire ni Vermont.

# INSTRUCCIONES DE INSCRIPCIÓN

Para su comodidad, puede inscribirse por Internet, por teléfono o por dispositivo móvil. Si tiene dudas respecto a los beneficios, llame al centro de inscripciones.

**ELIGIBILIDAD:** Usted es elegible inmediatamente para planes de beneficios de The American Worker sin un periodo de espera.

**INSCRIPCIÓN:** Usted puede inscribirse durante el proceso de aplicación como nuevo empleado o dentro de los 30 días de recibir su primer cheque de pago.

*Nota: Para inscribirse después de recibir su primer cheque de pago, utilice una de las siguientes opciones.*

**VIGENCIA:** Su cobertura comienza el lunes siguiente de la deducción de la prima de su cheque de pago.

## Inscríbese en línea:

Visite [www.TheAmericanWorker.com](http://www.TheAmericanWorker.com)

Haga clic en “Inscribirse - Comenzar aquí (Enroll - Start Here)”

En “¿Usuario Nuevo? (New User?)” seleccione “Numero de Empleado (Employee ID)”

- Ingrese su información
  - Employee ID: **Su número de seguridad social**
  - Date of Birth: **Su fecha de nacimiento**
  - Group #: **98418**

Haga clic en “Continuar (Continue)” para inscribirse usted e inscribir a sus dependientes

*Nota: Los usuarios nuevos deberán crear una cuenta antes de inscribirse*

## Inscríbese por teléfono:

Llame al (877) 220-1862

Lunes - Viernes: 8 AM - 8 PM Hora del Este

## Inscríbese por dispositivo móvil:

Envíe Staff2018 por texto al 24587

Si necesita asistencia, llame al Departamento de Beneficios de EmployBridge al (877) 785-5125

## INFORMACIÓN NECESARIA PARA INSCRIBIRSE

**Socio:** Nombre completo, número de seguridad social, fecha de nacimiento, dirección, número telefónico y dirección de correo electrónico

**Dependiente:** Nombre completo, número de seguridad social y fecha de nacimiento.

# INFORMACIÓN IMPORTANTE

## DEDUCCIONES DE PRIMAS ANTES DE IMPUESTOS (ARTÍCULO 125)

Las primas para su cobertura se deducen de su cheque de pago antes de impuestos. **Al inscribirse usted acepta lo siguiente:**

Por este medio, yo elijo participar en el Plan de The American Worker por los beneficios disponibles conforme a los Artículos 79, 105, 106, 125, del Código de Ingresos Internos y de las reformas de esos artículos. Entiendo que el Plan convertirá automáticamente al estatus antes de impuestos a las deducciones de cualquier cheque de pago que se presenten a través del Plan. Entiendo que al participar en este Plan, mis beneficios de seguridad social podrían reducirse, ya que dichas primas se deducirán antes de que se apliquen los impuestos a mi salario. Esta elección permanecerá vigente durante todo el Año del Plan. Mi elección NO PUEDE modificarse durante el Año del Plan de acuerdo a las normas del Servicio de Ingresos Internos, a menos que ocurra un evento calificador. Los eventos calificantes incluyen: matrimonio, divorcio, separación legal, fallecimiento del cónyuge, nacimiento o adopción legal de un niño, fallecimiento de un hijo, o cambio laboral de su cónyuge que afecte la cobertura del seguro.

## PAGO DE SUS BENEFICIOS

Su cobertura seguirá sin interrupciones mientras sus pagos sean deducidos de su cheque de pago. Si usted recibe un cheque de pago y no hay una deducción, sus beneficios se interrumpirán hasta el lunes posterior a la fecha en la que reciba su siguiente cheque de pago y que hubiere una deducción, a menos que usted pague la deducción omitida. Para evitar la suspensión de la cobertura, usted deberá realizar el pago omitido de la prima cada vez que no se procese una deducción de su cheque de pago.

## PAGO DE LA PRIMA OMITIDA

Tiene 30 días a partir de la fecha del cheque de pago en el que no se haya realizado una deducción para pagar la prima omitida. Si usted no paga omitida dentro de los 30 días, no podrá pagar por ese período de cobertura hasta una fecha posterior. Si usted omite una deducción y desea conocer el saldo, realizar un pago o autorizar pagos automáticos, visite [www.TheAmericanWorker.com](http://www.TheAmericanWorker.com) o llame al (877) 220-1862.

Usted puede pagar las deducciones omitidas en línea, por teléfono o por correo. Las opciones de pago incluyen tarjetas de crédito/débito, cheque electrónico o personal y giro bancario. Usted puede autorizar que el pago se procese de manera automática cada vez que no se deduzca la prima de su cheque de pago.

**IMPORTANTE:** Si usted configura los pagos automáticos, usted es responsable de contactar The American Worker para cancelar el pago automático una vez que su empleo haya finalizado. De lo contrario, la cobertura se cobrará de su cuenta y usted NO recibirá ningún reembolso.

## CANCELACIÓN DE LA COBERTURA POR FALTA DE PAGO

Si usted no realiza sus pagos u omite sus deducciones durante seis semanas consecutivas, su cobertura será cancelada por falta de pago. Revise su cheque cada día de pago para asegurarse de que su prima se está deduciendo. Para evitar la cancelación de la cobertura por falta de pago, le sugerimos que realice cualquier pago omitido inmediatamente.



# ACLARACIONES

Esta guía de inscripción ofrece un resumen general de algunos de los planes de beneficios a los que usted puede ser elegible como socio de Employbridge. Si existe alguna discrepancia entre la información de esta guía y el documento oficial del plan aplicable, se deberá regir por los beneficios determinados en el documento oficial del plan elegido regirá la manera en que sus beneficios son determinados y administrados. Employbridge, a su entera discreción, se reserva el derecho de modificar o anular los planes de beneficios descritos en esta guía en cualquier momento.

## EL PLAN MED BASIC

Este plan no es un seguro de salud completo y no está destinado o recomendado para reemplazar cualquier seguro médico completo en el que usted esté actualmente participando o tenga la intención de participar. El plan ofrece beneficios fijos de seguro de indemnización. Esta guía de inscripción es solo para fines informativos. Los beneficios del seguro del Plan Med Basic están garantizados por Nationwide Life Insurance Company. Un Certificado de Cobertura detallado estará disponible al momento de la inscripción. **Se aplican limitaciones y exclusiones.**

**El Plan Med Basic (a) no es un sustituto de la cobertura médica mínima esencial conforme a la Ley de Cuidado de Salud Accesible (Affordable Care Act (ACA)), (b) no califica como cobertura médica mínima esencial conforme a la ACA y (c) no cumple con el mandato individual de la ACA.**

## LOS PLANES MED ADVANTAGE, MED ADVANTAGE PLUS, MED ENHANCED Y MED ENHANCED PLUS

Estos planes están diseñados para ofrecer a los Participantes del Plan la cobertura mínima esencial conforme a las normas del impuesto sobre los ingresos federales. Estos planes están diseñados para que los Participantes del Plan no tengan que pagar una multa federal de impuestos mientras se están inscritos. Sin embargo, algunos de los participantes inscritos podrían no ser elegibles para el crédito de impuesto federal a través de un intercambio estatal o federal. Las personas que no se inscriban en estos planes podrían ser elegibles para recibir un crédito de impuesto federal que reduce su prima mensual o una reducción en cierta participación de los costos si se inscriben en un plan de seguro médico a través de un intercambio estatal o federal. **Estos planes no ofrecen un seguro médico completo. Se aplican limitaciones y exclusiones.**

Puede acceder a una copia del Resumen de Beneficios y Cobertura (SBC) para estos planes en línea en [www.TheAmericanWorker.com](http://www.TheAmericanWorker.com). Si no puede acceder a SBC en línea o desea que le envíen por correo una copia a su casa, llame al (877) 220-1862.

## TELADOC

© 2017 Teladoc, Inc. Todos los derechos reservados. Teladoc y el logotipo de Teladoc son marcas registradas de Teladoc, Inc. y no pueden ser utilizadas sin permiso por escrito. Teladoc no sustituye al médico de cabecera. Teladoc no garantiza que se emitirá una receta. Teladoc opera conforme a la legislación estatal y podría no estar disponible en ciertos estados. Teladoc no receta sustancias controladas por la DEA, medicamentos no terapéuticos y algunos otros que podrían ser dañinos debido a su potencial de abuso. Los médicos de Teladoc se reservan el derecho de negar atención debido al mal uso de los servicios. Arkansas y Delaware requieren consultas iniciales que se realizan a través de un video. Idaho exige que todas las consultas se realicen a través de videos.

## RESTRICCIONES ESTATALES

Los planes de beneficios descritos en esta guía no están disponibles en todos los estados. Las restricciones incluyen, pero no se limitan a lo siguiente.

**Massachusetts:** Los habitantes de Massachusetts son elegibles para los planes Med Basic, Med Advantage, Med Advantage Plus, Med Enhanced y Med Enhanced Plus, pero ninguno de esos planes cumple con los requisitos de seguro médico individual y no cumplen con el mandato individual de Massachusetts.

**New Hampshire y Vermont:** Los habitantes de New Hampshire y Vermont no son elegibles para los planes Med Basic, Med Advantage Plus, Med Enhanced Plus, y los planes de seguro por discapacidad a corto plazo, o seguro de vida y por muerte accidental y desmembramiento.

**Hawaii:** Los habitantes de Hawaii no son elegibles para ninguno de los planes de beneficios descritos en esta guía de inscripción.