

BENEFICIOS PARA LOS ASOCIADOS EN EL 2020

PERIODO DE INSCRIPCIÓN ABIERTA

AHORA ES SU OPORTUNIDAD DE INSCRIBIRSE

SUS OPCIONES DE COBERTURA

Valoramos las aportaciones 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 para 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

SENSACIONALES NOTICIAS PARA EL 2020

Med Enhanced y Med Enhanced Plus

- Mejores beneficios al mismo costo
- Aumento de los beneficios para visitas al Doctor, Laboratorios, y Radiografías

Med Advantage y Med Advantage Plus

- Costo más bajo por los mismos estupendos beneficios

Med Basic

- Mismos estupendos beneficios al mismo bajo precio

Opciones de Cobertura Adicional

- Mismos estupendos beneficios al mismo bajo precio

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

PERIODO DE INSCRIPCIÓN 2020: Martes 1 de octubre - Jueves 31 de octubre del 2019

FECHA DE INICIO DE COBERTURA: Lunes 30 de diciembre del 2019

Si actualmente se encuentra inscrito, su cobertura continuará durante 2020, a menos que realice un cambio durante el periodo de inscripción. Las deducciones para la cobertura comienzan la semana del 23 de diciembre del 2019.

INSCRÍBASE AHORA

En línea: www.TheAmericanWorker.com

Disponible en cualquier momento

Teléfono: (877) 220-1862

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

Dispositivo móvil:

Envíe Staff2020 por texto al 24587

Disponible en cualquier momento

Inscríbese en línea...

Haga clic en "Registro e Inscripción" (Register and Enroll)

Seleccione "¿Usuario de reingreso?" (Returning User?) o "¿Usuario Nuevo?" (New User?)

- **Usuario de reingreso:** Inicie sesión con su nombre de usuario y contraseña
- **Usuarios Nuevos:** Seleccione "Identificación del empleado" (Employee ID) e ingrese
 - 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.

RESUMEN DE LA COBERTURA	BASIC	ADVANTAGE	ADVANTAGE PLUS	ENHANCED	ENHANCED PLUS
First Health Network	✓	✓	✓	✓	✓
Visita a su Médico de cabecera Visita a un Especialista	Cubre \$100/Día		Cubre \$100/Día	Usted paga \$10* Usted paga \$75*	Usted paga \$10* Usted paga \$75*
Teladoc	✓		✓		✓
Análisis de laboratorio Radiografías	Cubre \$75/Día Cubre \$200/Día		Cubre \$75/Día Cubre \$200/Día	Usted paga \$20*	Usted paga \$20*
Estudios especializados	Cubre \$300/Día		Cubre \$300/Día		Cubre \$300/Día
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 \$2,000/Día
Admisión hospitalaria (en un solo pago)	Cubre \$500/ Hospitalización		Cubre \$500/ Hospitalización		Cubre \$1,000/ 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	Usted paga \$15 por genéricos	Usted paga \$15 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**	\$3.23	\$21.82**	\$17.00	\$32.08**
Socio y cónyuge	\$31.24**	\$4.16	\$35.40**	\$42.14	\$77.74**
Socio e hijo(s)	\$31.37**	\$4.26	\$35.63**	\$51.00	\$77.02**
Socio y familia	\$47.30**	\$4.60	\$51.90**	\$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

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.

RESUMEN DE LA COBERTURA	MED BASIC
First Health Network	Incluido - Consulte la página 2 para mayores detalles
Visita a su Médico de cabecera Visita a un Especialista	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 <i>forma gratuita</i> 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

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.

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)), y (b) no califica como cobertura médica mínima esencial conforme a la ACA.

El Plan Med Basic no se encuentra disponible para los habitantes de New Hampshire ni Vermont. Los beneficios varían para los habitantes de Washington.

MED ADVANTAGE & MED ADVANTAGE PLUS

PUNTOS PRINCIPALES DEL PLAN

Ambos planes brindan 100% de cobertura dentro de la red para todos los servicios preventivos obligatorios por ACA.

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
Atención preventiva*	El plan cubre el 100% de todos los Servicios de Atención Preventiva de la ACA Consulte la página 6 para acceder la lista de los Servicios de Atención Preventiva Cubiertos

RESUMEN DE LA COBERTURA	MED ADVANTAGE PLUS
First Health Network	Requerido - Consulte la página 2 para mayores detalles
Atención preventiva*	El plan cubre el 100% de todos los Servicios de Atención Preventiva de la ACA Consulte la página 6 para acceder la lista de los Servicios de Atención Preventiva Cubiertos
Visita a su Médico de cabecera Visita a un Especialista	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 forma gratuita 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	\$3.23	\$21.82**
Socio y cónyuge	\$4.16	\$35.40**
Socio e hijo(s)	\$4.26	\$35.63**
Socio y familia	\$4.60	\$51.90**

**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.

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 beneficios varían para los habitantes de Washington. 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 brindan cobertura dentro de la red para visitas al Doctor, Laboratorios, Radiografías, Servicios Preventivos obligatorios por ACA, y Prescripciones de medicamentos 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
Atención preventiva*	El plan cubre el 100% de todos los Servicios de Atención Preventiva de la ACA Consulte la página 6 para acceder la lista de los Servicios de Atención Preventiva Cubiertos
Visita a su Médico de cabecera*	Usted cubre \$10 por consulta, 6 consultas por persona por año
Visita a un Especialista*	Usted cubre \$75 por consulta, 1 consulta por persona por año
Análisis de laboratorio y radiografías para pacientes ambulatorios*	Usted cubre \$20 por consulta, 6 consultas por persona por año
Cobertura para medicamentos recetados	FBG Rx - Consulte más abajo

RESUMEN DE LA COBERTURA	MED ENHANCED PLUS
First Health Network	Requerido - Consulte la página 2 para mayores detalles
Atención preventiva*	El plan cubre el 100% de todos los Servicios de Atención Preventiva de la ACA Consulte la página 6 para acceder la lista de los Servicios de Atención Preventiva Cubiertos
Visita a su Médico de cabecera*	Usted cubre \$10 por consulta, 6 consultas por persona por año
Visita a un Especialista*	Usted cubre \$75 por consulta, 1 consulta por persona por año
Teladoc	Acceso a los médicos por teléfono o por Internet en cualquier momento de forma gratuita Se requiere inscripción antes de su uso - Consulte la página 2 para mayores detalles
Análisis de laboratorio y radiografías para pacientes ambulatorios*	Usted cubre \$20 por consulta, 6 consultas por persona por año
Estudios especializados para pacientes ambulatorios	El plan cubre \$300 por día de prueba, 3 días 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 \$2,000 por día, 1 día por persona por año
Paciente ambulatorio diario	El plan cubre \$1,000 por día
Paciente ambulatorio diario menor	El plan cubre \$200 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 \$1,000 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.

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.

BENEFICIO DE CUIDADOS PREVENTIVOS

DESCRIPCIÓN DE LOS SERVICIOS CUBIERTOS

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

Para promover la salud y el bienestar la Ley de Atención Asequible (Por sus siglas en inglés ACA) requiere que la mayoría de los planes cubran una variedad de servicios de cuidado preventivo realizados por Proveedores dentro de la red al 100%. Las listas a continuación brindan una descripción general de los servicios de cuidado preventivo cubiertos al 100% dentro de la red.

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. Se aplican limitaciones y exclusiones.

First Health Network

A una de las redes más grandes del país con más de 490,000 sitios en todo el país. Para encontrar un proveedor, visite www.FirstHealthLBP.com.

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

Exámenes: aneurisma abdominal aórtico, abuso de alcohol, presión arterial, colesterol, cáncer colorrectal, depresión, diabetes (tipo 2), hepatitis B, Hepatitis C, VIH, cáncer de pulmón, obesidad, sífilis, consumo de tabaco, tuberculosis

Asesoría: abuso de alcohol, dieta, obesidad, prevención de infecciones de transmisión sexual (ITS)

Vacunas: difteria, hepatitis A, hepatitis B, herpes zoster, virus del papiloma humano (VPH), influenza (vacuna contra la gripe), sarampión, meningococo, paperas, pertusis, pneumococo, rubeola, tétanos, varicela

Otros: Consumo de aspirinas para evitar enfermedades cardiovasculares y cáncer colorrectal, depresión estacional, medicamentos preventivos de estatinas, intervenciones para dejar de fumar para los consumidores de tabaco

Mujeres, incluyendo las embarazadas o las que podrían quedar embarazadas

Exámenes: anemia, mamografías para detectar el cáncer de mama, cáncer de útero, clamidia, diabetes, violencia doméstica e interpersonal, diabetes gestacional, gonorrea, hepatitis B, VIH, virus del papiloma humano (VPH), depresión maternal, osteoporosis, preeclampsia, incompatibilidad de Rh, sífilis, consumo de tabaco, incontinencia urinaria, tracto urinario u otra infección

Asesoría: quimioprevención de cáncer de mama, cáncer de mama genético (BRCA), lactancia, anticoncepción, violencia doméstica e interpersonal, VIH, infecciones de transmisión sexual (ITS)

Otros: acceso a insumos para la lactancia para mujeres embarazadas y lactantes, Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) de los EE UU métodos anticonceptivos aprobados, suplementos de ácido fólico, intervenciones para dejar de fumar para los consumidores de tabaco, consultas femeninas para recibir servicios recomendados para mujeres

Niños

Exámenes: autismo, concentración de bilirrubina, sangre, presión arterial, displasia de útero, depresión, desarrollo, dislipidemia, auditiva, hematocritos o hemoglobina, hemoglobinopatías o célula falciforme, hepatitis B, VIH, hipotiroidismo, plomo, obesidad, fenilcetonuria (PKU), infecciones de transmisión sexual (ITS), tuberculina, vista

Evaluaciones: consumo de alcohol, comportamiento, consumo de drogas, riesgo de salud oral, consumo de tabaco

Asesoría: obesidad, prevención de infecciones de transmisión sexual (ITS)

Vacunas: difteria, haemophilus influenzae tipo B, hepatitis A, hepatitis B, virus del papiloma humano (VPH), poliomeilitis inactiva, influenza (vacuna contra la gripe), sarampión, meningococo, paperas, pertusis, pneumococo, rotavirus, tétanos, varicela

Otros: suplementos de quimioprevención de fluoruro, esmalte de fluoruro, medicamentos para la prevención, Medición de la altura, peso, índice de masa muscular, suplementos de hierro, antecedentes médicos

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.

Máximo por año calendario	El plan cubre hasta \$500 por miembro cubierto	
Deducible	Usted cubre \$20 por visita	
SERVICIOS CUBIERTOS	PERÍODO DE ESPERA	COSEGURO
Preventivos y de diagnóstico Exámenes de rutina, limpiezas, radiografías, etc.	Ninguno	Cubiertos al 100% (Cargos habituales)
Tratamiento básico Amalgamas restaurativas y compuestos Endodoncia, Periodoncia, Extracciones, etc.	3 meses	Cubiertos al 60% (Cargos habituales)
Tratamiento complejo Aplicaciones, coronas, prostodoncia, etc.	12 meses	Cubiertos al 50% (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 y haga clic en
ENCUENTRE UN PROVEEDOR (FIND A
PROVIDER). Luego seleccione 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.

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

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

PARA ENCONTRAR UN PROVEEDOR
Llame al (800) 877-7195
Visite www.Ameritas.com y haga clic en
ENCUENTRE UN PROVEEDOR (FIND A
PROVIDER). Luego seleccione 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.

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

La cobertura incluye discapacidad debido a embarazo y parto.

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

TARIFAS SEMANALES	
Solo socio	\$3.87**

**Las tarifas son diferentes para los habitantes de Washington

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.

Seguro de vida y por muerte accidental y desmembramiento Socio	El plan cubre \$20,000
Seguro de vida para dependientes 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**

**Las tarifas son diferentes para los habitantes de Washington

*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.

PERIODO DE INSCRIPCIÓN 2020: Martes 1 de octubre - Jueves 31 de octubre del 2019

FECHA DE INICIO DE COBERTURA: Lunes 30 de diciembre del 2019

Inscríbese en línea:

Visite www.TheAmericanWorker.com

Haga clic en “Registro e Inscripción” (Register and Enroll)

Seleccione “¿Usuario de reingreso?” (Returning User?) o “¿Usuario Nuevo?” (New User?)

- **Usuario de reingreso:** Inicie sesión con su nombre de usuario y contraseña
- **Usuarios Nuevos:** Seleccione “Identificación del empleado” (Employee ID) e ingrese
 - Employee ID #: Su número de seguridad social
 - Date of Birth: Su fecha de nacimiento
 - Group #: 98418

Haga clic en “Continuar” (Continue) para inscribirse usted y 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 Staff2020 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 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 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)), y (b) no califica como cobertura médica mínima esencial conforme a 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. 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. Las personas que se inscriban en estos planes podrían no ser elegibles para un crédito tributario federal a través de un intercambio federal o estatal mientras estén inscritos en estos planes. **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. 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

© 2019 Teladoc, Inc. Todos los derechos reservados. Teladoc y el logo de Teladoc son marcas registradas de Teladoc, Inc. y su utilización queda prohibida sin previo permiso, expreso y escrito. Teladoc no está disponible en todos los estados. El uso de Teladoc no sirve para reemplazar a un médico de cabecera. Teladoc no garantiza que se vaya a recetar un medicamento en la consulta. Las operaciones de Teladoc están sujetas a las regulaciones estatales y puede que dichas operaciones no estén disponibles en ciertos estados. Teladoc no receta sustancias controladas por la DEA, medicamentos no terapéuticos u otros medicamentos que puedan considerarse perjudiciales debido a su potencial abuso. Los médicos de Teladoc se reservan el derecho a negar la atención debido a un potencial 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.



El Resumen de beneficios y cobertura (SBC, por sus siglas en inglés) es un documento que le ayudará a elegir un [plan](#) médico. El SBC le muestra cómo usted y el [plan](#) compartirían el costo de los servicios médicos cubiertos. **NOTA: La información sobre el costo de este [plan](#) (llamada [prima](#)) se proporcionará aparte. Esto es solo un resumen.** Para más información sobre su cobertura, o para obtener una copia de los términos de cobertura completos, visite www.theamericanworker.com o llame al 1-877-220-1862. Para una definición de los términos de uso común, como [monto permitido](#), [facturación del saldo](#), [coseguro](#), [copago](#), [deducible](#), [proveedor](#) u otros términos delineados consulte el glosario. Puede ver una copia del glosario en <https://www.healthcare.gov/sbc-glossary> o llamar a 1-877-220-1862 para solicitar una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante
¿Cuál es el deducible general?	\$0 USD	Vea la tabla de Eventos Médicos Comunes a continuación para sus costos de servicios cubiertos por este plan .
¿Se cubre algún servicio antes de pagar todo el deducible ?	Sí	Este plan cubre algunos artículos y servicios incluso si aún no ha cumplido con el monto del deducible . Sin embargo, puede aplicar un copago o coseguro . Por ejemplo, este plan cubre ciertos servicios preventivos sin costo compartido y antes de cumplir con su deducible . Vea una lista de los servicios preventivos cubiertos en https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/
¿Hay algún otro deducible por servicios específicos?	No	Usted no tiene que cumplir con deducibles para servicios específicos.
¿Cuál es el máximo en gastos directos del bolsillo de este plan ?	No aplica	Este plan no tiene un límite de desembolso personal para sus gastos.
¿Qué no incluye el desembolso máximo ?	No aplica	Este plan no tiene un límite de desembolso personal para sus gastos.
¿Pagará un poco menos si acude a un proveedor dentro de la red medica ?	Sí. Consulte www.firstthehealthbp.com o llame al 1-877-220-1862 para obtener una lista de proveedores de la red.	Este plan utiliza una red de proveedores. Pagará menos si utiliza un proveedor dentro de la red del plan . Usted pagará más si utiliza un proveedor fuera de la red y podría recibir una factura de un proveedor por la diferencia entre el cargo del proveedor y lo que paga su plan (facturación del saldo). Tome en cuenta que su proveedor de red puede utilizar un proveedor fuera de la red para algunos servicios (como el trabajo de laboratorio). Consulte con su proveedor antes de obtener los servicios.
¿Necesita un referido para ver a un especialista ?	No	Puede ver al especialista que usted elija sin una referencia médica. NOTA: los únicos servicios que están cubiertos por un especialista son los servicios preventivos.



Todos los costos de [copago](#) y [coseguro](#) que se indican en esta tabla son después de que se haya completado el [deducible](#), si aplica un [deducible](#).

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
Si acude a la oficina o clínica de un proveedor de salud	Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	No cubierto	No cubierto	---Ninguna---
	Visita al especialista	No cubierto	No cubierto	---Ninguna---
	Atención preventiva/examen colectivo /vacuna	Sin cargo	No cubierto	Es posible que tenga que pagar por servicios que no son preventivos. Pregunte a su proveedor si los servicios necesitados son preventivos. Luego verifique lo que su plan pagará. Ciertas restricciones de edad pueden aplicar.
Si se realiza un examen	Prueba diagnóstica (radiografía, análisis de sangre)	No cubierto	No cubierto	---Ninguna---
	Estudios de imágenes (tomografía computarizada, estudio PET, resonancia magnética)	No cubierto	No cubierto	---Ninguna---
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o infección. Hay más información disponible acerca de la cobertura de medicamentos con receta llamando al 877-220-1862	Medicamentos genéricos	No cubierto	No cubierto	La FDA aprobó métodos anticonceptivos prescritos por un proveedor de atención médica para mujeres con capacidad reproductiva (sin incluir fármacos abortivos).
	Medicamentos de marcas preferidas	No cubierto	No cubierto	La FDA aprobó métodos anticonceptivos prescritos por un proveedor de atención médica para mujeres con capacidad reproductiva (sin incluir fármacos abortivos).
	Medicamentos de marcas no preferidas	No cubierto	No cubierto	La FDA aprobó métodos anticonceptivos prescritos por un proveedor de atención médica para mujeres con capacidad reproductiva (sin incluir fármacos abortivos).
	Medicamentos especializados	No cubierto	No cubierto	---Ninguna---

* Para más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte el documento del plan o la póliza en www.theamericanworker.com.

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
Si se somete a una operación ambulatoria	Cargo de instalaciones (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	No cubierto	No cubierto	---Ninguna---
	Honorarios del médico/cirujano	No cubierto	No cubierto	---Ninguna---
Si necesita atención médica inmediata	Atención en la sala de emergencias	No cubierto	No cubierto	---Ninguna---
	Transporte médico de emergencia	No cubierto	No cubierto	---Ninguna---
	Atención de urgencia	No cubierto	No cubierto	---Ninguna---
Si le hospitalizan	Cargo de instalaciones (p. ej., habitación de hospital)	No cubierto	No cubierto	---Ninguna---
	Honorarios del médico/cirujano	No cubierto	No cubierto	---Ninguna---
Si necesita servicios de salud mental, conductual o toxicomanías	Sevicios ambulatorios	No cubierto	No cubierto	---Ninguna---
	Servicios internos	No cubierto	No cubierto	---Ninguna---
Si está embarazada	Visitas al consultorio	No cubierto	No cubierto	El costo compartido no se aplica a los servicios preventivos
	Servicios de parto profesionales	No cubierto	No cubierto	---Ninguna---
	Servicios de instalaciones de partos profesionales	No cubierto	No cubierto	---Ninguna---
Si necesita ayuda recuperándose o tiene otras necesidades de salud especiales	Cuidado de la salud en el hogar	No cubierto	No cubierto	---Ninguna---
	Servicios de rehabilitación	No cubierto	No cubierto	---Ninguna---
	Servicios de habilitación	No cubierto	No cubierto	---Ninguna---
	Cuidado de enfermería especializada	No cubierto	No cubierto	---Ninguna---
	Equipo médico duradero	No cubierto	No cubierto	---Ninguna---
	Servicios de cuidados paliativos o enfermos terminales	No cubierto	No cubierto	---Ninguna---

* Para más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte el documento del plan o la póliza en www.theamericanworker.com.

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
Si su niño necesita servicios odontológicos o de la vista	Examen de la vista pediátrico	No cubierto	No cubierto	---Ninguna---
	Anteojos para niños	No cubierto	No cubierto	---Ninguna---
	Chequeo dental pediátrico	No cubierto	No cubierto	---Ninguna---

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos

Servicios que su [plan](#) generalmente NO cubre (consulte el documento de su plan o póliza para encontrar más información y una lista de otros [servicios excluidos](#).)

- | | | |
|---|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Acupuntura • Cirugía cosmética • Aparato para la sordera • Servicios de salud mental • Enfermería privada • Programas de pérdida de peso | <ul style="list-style-type: none"> • Cirugía bariátrica • Cuidado dental (Adulto) • Tratamiento de la infertilidad • Atención médica no urgente cuando viaje fuera de los Estados Unidos • Cuidado rutinario ocular (Adulto) | <ul style="list-style-type: none"> • Cuidado quiropráctico • Servicios de habilitación • Cuidado a largo plazo • Medicamentos con receta • Cuidado rutinario de los pies |
|---|---|---|

Otros servicios cubiertos (podrían aplicarse limitaciones a estos servicios. Esto no es una lista completa. Consulte el documento de su [plan](#).)

-
-
-

Sus derechos a continuar con su cobertura Hay agencias que pueden ayudarle si desea continuar con su cobertura cuando esta termine. La información de contacto de estas agencias es: Department of Labor's Employee Benefits Security Administration al 1-866-444-EBSA (3272) o www.dol.gov/ebsa/healthreform. Podría tener también otras opciones de cobertura, como comprar cobertura de seguro individual a través del [Mercado](#) de Seguro Médico. Para más información acerca del [Mercado](#), visite www.CuidadoDeSalud.gov o llame al 1-800-318-2596.

Sus derechos para presentar quejas o apelaciones: Hay agencias que pueden ayudarle si tiene una queja contra su [plan](#) por negarle una [reclamación](#). Esta queja se llama [reclamo](#) o [apelación](#). Para más información acerca de sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá para este [reclamo](#) médico. Sus documentos del [plan](#) también incluirán información completa sobre cómo presentar un [reclamo](#), [apelación](#) o una [queja](#) a su [plan](#) por cualquier motivo. Para más información sobre sus derechos, esta notificación o para recibir asistencia, comuníquese con: Department of Labor's Employee Benefits Security Administration al 1-866-444-EBSA (3272) o www.dol.gov/ebsa/healthreform.

¿Este plan proporciona cobertura esencial mínima? Sí

Si no tiene [cobertura esencial mínima](#) durante un mes, tendrá que realizar un pago con su declaración de impuestos, a menos que califique para una exención del requisito de tener cobertura médica ese mes.

¿Este plan cumple con los estándares de valor mínimo? No

Si su [plan](#) no cumple con los [estándares de valor mínimo](#), usted podría calificar para un [crédito fiscal para las primas](#) para ayudarle a pagar un [plan](#) a través del [Mercado](#).

Servicios lingüísticos:

Spanish (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al 1-877-220-1862.

—————*Para ver ejemplos de cómo este plan podría cubrir los costos de una situación médica hipotética, consulte la próxima sección.*—————

Acerca de los ejemplos de cobertura:



Este no es un estimador de costos. Los tratamientos ilustrados son ejemplos de cómo este [plan](#) podría cubrir atención médica. Los costos en sí serán diferentes, en función de la atención que termine recibiendo, los precios que cobren sus [proveedores](#) y dentro del [plan](#). Utilice esta información para comparar la porción de los costos que usted tendría que pagar con otros [planes](#) médicos distintos. Tenga en mente que estos ejemplos de cobertura se basan solo en la cobertura individual.

Peg está embarazada

(nueve meses de atención prenatal en la red y parto en el hospital)

■ El deducible general del plan	\$0
■ Especialista [costo compartido]	100%
■ Hospital (instalaciones) [costo compartido]	100%
■ Otro [costo compartido]	100%

Este EJEMPLO incluye servicios como:

Visitas al especialista (*atención prenatal*)
 Servicios de parto profesionales
 Servicios de instalaciones de partos profesionales
 Pruebas diagnósticas (*sonogramas y análisis de sangre*)
 Visita al especialista (*anestesia*)

Costo total hipotético	\$12,800 USD
-------------------------------	---------------------

En este ejemplo, Peg pagaría:

<i>Costo compartido</i>	
Deducibles	\$0 USD
Copagos	\$0 USD
Coseguro	\$0 USD
<i>Qué no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$12,694 USD
El total que Peg pagaría es	\$12,694 USD

Control de la diabetes tipo 2 de Joe

(un año de atención en la red de rutina de una enfermedad bien manejada)

■ El deducible general del plan	\$0
■ Especialista [costo compartido]	100%
■ Hospital (instalaciones) [costo compartido]	100%
■ Otro [costo compartido]	100%

Este EJEMPLO incluye servicios como:

Visitas al consultorio del médico primario (*incluye sesiones informativas sobre la enfermedad*)
 Pruebas diagnósticas (*análisis de sangre*)
 Medicamentos por recetas
 Equipo médico duradero (*medidor de glucosa*)

Costo total hipotético	\$7,400 USD
-------------------------------	--------------------

En este ejemplo, Joe pagaría:

<i>Costo compartido</i>	
Deducibles	\$0 USD
Copagos	\$0 USD
Coseguro	\$0 USD
<i>Qué no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$7,239 USD
El total que Joe pagaría es	\$7,239 USD

Fractura simple de Mia

(visita a la sala de emergencias dentro de la red y visitas de seguimiento)

■ El deducible general del plan	\$0
■ Especialista [costo compartido]	100%
■ Hospital (instalaciones) [costo compartido]	100%
■ Otro [costo compartido]	100%

Este EJEMPLO incluye servicios como:

Sala de emergencias (*incluye materiales médicos*)
 Prueba diagnóstica (*radiografía*)
 Equipo médico duradero (*muletas*)
 Servicios de rehabilitación (*terapia física*)

Costo total hipotético	\$1,925 USD
-------------------------------	--------------------

En este ejemplo, Mia pagaría:

<i>Costo compartido</i>	
Deducibles	\$0 USD
Copagos	\$0 USD
Coseguro	\$0 USD
<i>Qué no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$1,925 USD
El total que Mia pagaría es	\$1,925 USD

El [plan](#) sería responsable de los demás costos por estos servicios cubiertos en este EJEMPLO.



El Resumen de beneficios y cobertura (SBC, por sus siglas en inglés) es un documento que le ayudará a elegir un [plan](#) médico. El SBC le muestra cómo usted y el [plan](#) compartirían el costo de los servicios médicos cubiertos. **NOTA:** La información sobre el costo de este [plan](#) (llamada [prima](#)) se proporcionará aparte. Esto es solo un resumen. Para más información sobre su cobertura, o para obtener una copia de los términos de cobertura completos, visite www.theamericanworker.com o llame al 1-877-220-1862. Para una definición de los términos de uso común, como [monto permitido](#), [facturación del saldo](#), [coseguro](#), [copago](#), [deducible](#), [proveedor](#) u otros términos delineados consulte el glosario. Puede ver una copia del glosario en <https://www.healthcare.gov/sbc-glossary> o llamar a 1-877-220-1862 para solicitar una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante
¿Cuál es el deducible general?	\$0 USD	Vea la tabla de Eventos Médicos Comunes a continuación para sus costos de servicios cubiertos por este plan .
¿Se cubre algún servicio antes de pagar todo el deducible ?	Sí	Este plan cubre algunos artículos y servicios incluso si aún no ha cumplido con el monto del deducible . Sin embargo, puede aplicar un copago o coseguro . Por ejemplo, este plan cubre ciertos servicios preventivos sin costo compartido y antes de cumplir con su deducible . Vea una lista de los servicios preventivos cubiertos en https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/
¿Hay algún otro deducible por servicios específicos?	No	Usted no tiene que cumplir con deducibles para servicios específicos.
¿Cuál es el máximo en gastos directos del bolsillo de este plan ?	No aplica	Este plan no tiene un límite de desembolso personal para sus gastos.
¿Qué no incluye el desembolso máximo ?	No aplica	Este plan no tiene un límite de desembolso personal para sus gastos.
¿Pagará un poco menos si acude a un proveedor dentro de la red medica ?	Sí. Consulte www.firstthehealthbp.com o llame al 1-877-220-1862 para obtener una lista de proveedores de la red.	Este plan utiliza una red de proveedores. Pagará menos si utiliza un proveedor dentro de la red del plan . Usted pagará más si utiliza un proveedor fuera de la red y podría recibir una factura de un proveedor por la diferencia entre el cargo del proveedor y lo que paga su plan (facturación del saldo). Tome en cuenta que su proveedor de red puede utilizar un proveedor fuera de la red para algunos servicios (como el trabajo de laboratorio). Consulte con su proveedor antes de obtener los servicios.
¿Necesita un referido para ver a un especialista ?	No	Puede ver al especialista que usted elija sin una referencia médica. NOTA: los únicos servicios que están cubiertos por un especialista son los servicios preventivos.



Todos los costos de [copago](#) y [coseguro](#) que se indican en esta tabla son después de que se haya completado el [deducible](#), si aplica un [deducible](#).

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
Si acude a la oficina o clínica de un proveedor de salud	Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	\$10 copago/visita	No cubierto	Límite combinado de 6 visitas por persona por año para todas las visitas de oficina.
	Visita al especialista	\$75 copago/visita	No cubierto	Límite de 1 visita por persona por año.
	Atención preventiva/examen colectivo /vacuna	Sin cargo	No cubierto	Es posible que tenga que pagar por servicios que no son preventivos. Pregunte a su proveedor si los servicios necesarios son preventivos. Luego verifique lo que su plan pagará. Ciertas restricciones de edad pueden aplicar.
Si se realiza un examen	Prueba diagnóstica (radiografía, análisis de sangre)	\$20 copago/estudio	No cubierto	Límite combinado de 6 pruebas por persona por año para todas.
	Estudios de imágenes (tomografía computarizada, estudio PET, resonancia magnética)	No cubierto	No cubierto	---Ninguna---
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o infección. Hay más información disponible acerca de la cobertura de medicamentos con receta llamando al 877-220-1862	Medicamentos genéricos	\$15 copago/receta	No cubierto	Cubre hasta un suministro de 30 días (suscripción al menudeo); un suministro de 31-90 días (prescripción de pedidos por correo) no están cubiertos. La FDA aprobó métodos anticonceptivos prescritos por un proveedor de atención médica para mujeres con capacidad reproductiva (sin incluir fármacos abortivos). Sólo los medicamentos genéricos están cubiertos. Medicamentos de patente y especializados no están cubiertos. Medicamentos de proveedores fuera de la red no están cubiertos.
	Medicamentos de marcas preferidas	No cubierto	No cubierto	
	Medicamentos de marcas no preferidas	No cubierto	No cubierto	
	Medicamentos especializados	No cubierto	No cubierto	

* Para más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte el documento del plan o la póliza en www.theamericanworker.com.

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
Si se somete a una operación ambulatoria	Cargo de instalaciones (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	No cubierto	No cubierto	---Ninguna---
	Honorarios del médico/cirujano	No cubierto	No cubierto	---Ninguna---
Si necesita atención médica inmediata	Atención en la sala de emergencias	No cubierto	No cubierto	---Ninguna---
	Transporte médico de emergencia	No cubierto	No cubierto	---Ninguna---
	Atención de urgencia	No cubierto	No cubierto	---Ninguna---
Si le hospitalizan	Cargo de instalaciones (p. ej., habitación de hospital)	No cubierto	No cubierto	---Ninguna---
	Honorarios del médico/cirujano	No cubierto	No cubierto	---Ninguna---
Si necesita servicios de salud mental, conductual o toxicomanías	Sevicios ambulatorios	\$10 copago/visita; todos los demás servicios ambulatorios no están cubiertos	No cubierto	Límite combinado de 6 visitas por persona por año para todas las visitas a la oficina.
	Servicios internos	No cubierto	No cubierto	---Ninguna---
Si está embarazada	Visitas al consultorio	No cubierto	No cubierto	El costo compartido no se aplica a los servicios preventivos
	Servicios de parto profesionales	No cubierto	No cubierto	---Ninguna---
	Servicios de instalaciones de partos profesionales	No cubierto	No cubierto	---Ninguna---
Si necesita ayuda recuperándose o tiene otras necesidades de salud especiales	Cuidado de la salud en el hogar	No cubierto	No cubierto	---Ninguna---
	Servicios de rehabilitación	No cubierto	No cubierto	---Ninguna---
	Servicios de habilitación	No cubierto	No cubierto	---Ninguna---
	Cuidado de enfermería especializada	No cubierto	No cubierto	---Ninguna---
	Equipo médico duradero	No cubierto	No cubierto	---Ninguna---
	Servicios de cuidados paliativos o enfermos terminales	No cubierto	No cubierto	---Ninguna---

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
Si su niño necesita servicios odontológicos o de la vista	Examen de la vista pediátrico	No cubierto	No cubierto	---Ninguna---
	Anteojos para niños	No cubierto	No cubierto	---Ninguna---
	Chequeo dental pediátrico	No cubierto	No cubierto	---Ninguna---

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos

Servicios que su [plan](#) generalmente NO cubre (consulte el documento de su plan o póliza para encontrar más información y una lista de otros [servicios excluidos](#).)

- | | | |
|---|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Acupuntura • Cirugía cosmética • Aparato para la sordera • Servicios de salud mental • Enfermería privada • Programas de pérdida de peso | <ul style="list-style-type: none"> • Cirugía bariátrica • Cuidado dental (Adulto) • Tratamiento de la infertilidad • Atención médica no urgente cuando viaje fuera de los Estados Unidos • Cuidado rutinario ocular (Adulto) | <ul style="list-style-type: none"> • Cuidado quiropráctico • Servicios de habilitación • Cuidado a largo plazo • Medicamentos con receta • Cuidado rutinario de los pies |
|---|---|---|

Otros servicios cubiertos (podrían aplicarse limitaciones a estos servicios. Esto no es una lista completa. Consulte el documento de su [plan](#).)

-
-
-

Sus derechos a continuar con su cobertura Hay agencias que pueden ayudarle si desea continuar con su cobertura cuando esta termine. La información de contacto de estas agencias es: Department of Labor's Employee Benefits Security Administration al 1-866-444-EBSA (3272) o www.dol.gov/ebsa/healthreform. Podría tener también otras opciones de cobertura, como comprar cobertura de seguro individual a través del [Mercado](#) de Seguro Médico. Para más información acerca del [Mercado](#), visite www.CuidadoDeSalud.gov o llame al 1-800-318-2596.

Sus derechos para presentar quejas o apelaciones: Hay agencias que pueden ayudarle si tiene una queja contra su [plan](#) por negarle una [reclamación](#). Esta queja se llama [reclamo](#) o [apelación](#). Para más información acerca de sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá para este [reclamo](#) médico. Sus documentos del [plan](#) también incluirán información completa sobre cómo presentar un [reclamo](#), [apelación](#) o una [queja](#) a su [plan](#) por cualquier motivo. Para más información sobre sus derechos, esta notificación o para recibir asistencia, comuníquese con: Department of Labor's Employee Benefits Security Administration al 1-866-444-EBSA (3272) o www.dol.gov/ebsa/healthreform.

¿Este plan proporciona cobertura esencial mínima? Sí

Si no tiene [cobertura esencial mínima](#) durante un mes, tendrá que realizar un pago con su declaración de impuestos, a menos que califique para una exención del requisito de tener cobertura médica ese mes.

¿Este plan cumple con los estándares de valor mínimo? No

* Para más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte el documento del plan o la póliza en www.theamericanworker.com.

Si su [plan](#) no cumple con los [estándares de valor mínimo](#), usted podría calificar para un [crédito fiscal para las primas](#) para ayudarle a pagar un [plan](#) a través del [Mercado](#).

Servicios lingüísticos:

Spanish (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al 1-877-220-1862.

-----*Para ver ejemplos de cómo este plan podría cubrir los costos de una situación médica hipotética, consulte la próxima sección.*-----

Acerca de los ejemplos de cobertura:



Este no es un estimador de costos. Los tratamientos ilustrados son ejemplos de cómo este [plan](#) podría cubrir atención médica. Los costos en sí serán diferentes, en función de la atención que termine recibiendo, los precios que cobren sus [proveedores](#) y dentro del [plan](#). Utilice esta información para comparar la porción de los costos que usted tendría que pagar con otros [planes](#) médicos distintos. Tenga en mente que estos ejemplos de cobertura se basan solo en la cobertura individual.

Peg está embarazada
(nueve meses de atención prenatal en la red y parto en el hospital)

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$0
- [Especialista](#) [costo compartido] \$75
- Hospital (instalaciones) [costo compartido] 100%
- Otro [costo compartido] 100%

Este EJEMPLO incluye servicios como:

Visitas al especialista (*atención prenatal*)
 Servicios de parto profesionales
 Servicios de instalaciones de partos profesionales
 Pruebas diagnósticas (*sonogramas y análisis de sangre*)
 Visita al especialista (*anestesia*)

Costo total hipotético \$12,800 USD

En este ejemplo, Peg pagaría:

<i>Costo compartido</i>	
Deducibles	\$0 USD
Copagos	\$440 USD
Coseguro	\$0 USD
<i>Qué no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$11,414 USD
El total que Peg pagaría es	\$11,854 USD

Control de la diabetes tipo 2 de Joe
(un año de atención en la red de rutina de una enfermedad bien manejada)

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$0
- [Especialista](#) [costo compartido] \$75
- Hospital (instalaciones) [costo compartido] 100%
- Otro [costo compartido] 100%

Este EJEMPLO incluye servicios como:

Visitas al consultorio del médico primario (*incluye sesiones informativas sobre la enfermedad*)
 Pruebas diagnósticas (*análisis de sangre*)
 Medicamentos por recetas
 Equipo médico duradero (*medidor de glucosa*)

Costo total hipotético \$7,400 USD

En este ejemplo, Joe pagaría:

<i>Costo compartido</i>	
Deducibles	\$0 USD
Copagos	\$1,015 USD
Coseguro	\$0 USD
<i>Qué no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$5,365 USD
El total que Joe pagaría es	\$6,380 USD

Fractura simple de Mia
(visita a la sala de emergencias dentro de la red y visitas de seguimiento)

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$0
- [Especialista](#) [costo compartido] \$75
- Hospital (instalaciones) [costo compartido] 100%
- Otro [costo compartido] 100%

Este EJEMPLO incluye servicios como:

Sala de emergencias (*incluye materiales médicos*)
 Prueba diagnóstica (*radiografía*)
 Equipo médico duradero (*muletas*)
 Servicios de rehabilitación (*terapia física*)

Costo total hipotético \$1,925 USD

En este ejemplo, Mia pagaría:

<i>Costo compartido</i>	
Deducibles	\$0 USD
Copagos	\$245 USD
Coseguro	\$0 USD
<i>Qué no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$1,601 USD
El total que Mia pagaría es	\$1,846 USD

El [plan](#) sería responsable de los demás costos por estos servicios cubiertos en este EJEMPLO.