BENEFICIOS PARA LOS ASOCIADOS EN EL 2019

PERIODO DE INSCRIPCIÓN ABIERTA

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 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 2019

Med Enhanced: ***Mejores beneficios al mismo costo***

- Copagos más bajo para visitas al Doctor, Laboratorios, y Radiografías
- Adicional Copago por visitas a Especialista

Med Enhanced Plus: ***Mejores beneficios al mismo costo***

- Todos los planes Med Enhanced mejora a *PLUS*
- Aumento de la cirugía y los beneficios de admisión
- Cobertura adicional para estudios avanzados

Med Advantage y Med Advantage Plus

- Costo más bajo por los mismos estupendos beneficios

Med Basic y 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 2019: Lunes 1 de octubre - Miércoles 31 de octubre del 2018

FECHA DE INICIO DE COBERTURA: Lunes 31 de diciembre del 2018

Si actualmente se encuentra inscrito, su cobertura continuará durante 2019, a menos que realice un cambio durante el periodo de inscripción.
Las deducciones para la cobertura comienzan la semana del 24 de diciembre del 2018.

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 Staff2019 por texto al 24587
Disponible en cualquier momento

Inscríbase 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**	$5.10	$36.34**	$42.14	$77.74**
Socio e hijo(s)	$31.37**	$5.29	$36.66**	$51.00	$77.02**
Socio y familia	$47.30**	$5.97	$53.27**	$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 una 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 ahorra 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.

******Requisitos estatales de Teladoc AR y DE requieren consultas iniciales que se realizan a través de un video. ID exige que todas las consultas se realicen a través de un video.***

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 ***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 Paciente ambulatorio diario Paciente ambulatorio diario menor Máximo beneficio para paciente ambulatorio	 El plan cubre $1,000 por día, 1 día por persona por año El plan cubre $500 por día El plan cubre $100 por día 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 *(En un solo pago)*	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 marco 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.

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 accesar 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 accesar 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 Paciente ambulatorio diario Paciente ambulatorio diario menor Máximo beneficio para paciente ambulatorio	 El plan cubre $1,000 por día, 1 día por persona por año El plan cubre $500 por día El plan cubre $100 por día 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 *(En un solo pago)*	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	$5.10	$36.34**
Socio e hijo(s)	$5.29	$36.66**
Socio y familia	$5.97	$53.27**

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 marco 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 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 accesar la lista de los Servicios de Atención Preventiva Cubiertos
Visita a su Médico de cabecera*	Usted cubre $10 por consulta, 4 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, 4 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 accesar la lista de los Servicios de Atención Preventiva Cubiertos
Visita a su Médico de cabecera*	Usted cubre $10 por consulta, 4 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, 4 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 Paciente ambulatorio diario Paciente ambulatorio diario menor Máximo beneficio para paciente ambulatorio	 El plan cubre $2,000 por día, 1 día por persona por año El plan cubre $1,000 por día El plan cubre $200 por día 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 *(En un solo pago)*	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

Incluídos 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) require que la mayoría de los planes cubran una variedad de servicios de cuidado preventive 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 parea recibir servicios recomendados para mujeres

Niños

Exámenes: autismo, concentración de bilirrubina, sangre, presión arterial, displasia de útero, depresión, desarrollo, dislipidemia, auditíva, hematocritos o hemoglobina, hemoglobinopatías o célula falciforme, hepatitis B, VIH, hipotiroidismo, plomo, obesidad, fenilcet onuria (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), poliomelitis inactiva, nfluenza (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 Electivo Médicamente necesario	 15% de descuento VSP cubre hasta $120 Cubierto en su totalidad	 VSP no cubre beneficios VSP cubre hasta $105 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

[1]Deducible se aplica a un par de anteojos o armazones completos, el que sea que se haya seleccionado.
[2]El 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.

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.

Seguro de vida y por muerte accidental y desmembramiento Socio	El plan cubre $20,000
Seguro de vida para dependientes Cónyuge Hijo (6 meses- 26 años) Niños pequeños (10 días- 6 meses)	 El plan cubre $2,500 El plan cubre $1,250 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.

PERIODO DE INSCRIPCIÓN 2019: Lunes 1 de octubre - Miércoles 31 de octubre del 2018

FECHA DE INICIO DE COBERTURA: Lunes 31 de diciembre del 2018

Inscríbase 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

Inscríbase por teléfono:
Llame al (877) 220-1862

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

Inscríbase por dispositivo móvil:

Envíe **Staff2019** 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 calificante. 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 realize cualquier pago omitido inmediatamente.

ACLARACIONES

Esta guía de inscripción ofrece un resúmen 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 Resúmen 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

© 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 está 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.