



Formulario de registro de Cobertura esencial mínima (MEC) de beneficios limitados y autofinanciado

Complete el formulario de registro para elegir o declinar la cobertura

IMPORTANTE INFORMACIÓN DEL PLAN: Tiene dos opciones de planes médicos. Puede registrarse en uno o en los dos. Hay más beneficios disponibles si se registra en el Plan médico de compensación fija (Fixed Indemnity Medical).

1. Usted **DEBE** completar el Formulario de registro como parte de su proceso de nuevo empleado
2. Elija o decline todos los beneficios en el Formulario de registro
3. Usted **DEBE** Firmar y Fechar la parte inferior del formulario, aunque decline la cobertura
4. Entregue el Formulario de registro al gerente de su sucursal
5. Guarde para sus archivos la página Beneficios a simple vista

Toda persona que deliberadamente y con la intención de lesionar, defraudar o engañar a una aseguradora, presente un reclamo de los beneficios de una póliza de seguro, que contenga información falsa, incompleta o engañosa será culpable de un delito grave.

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

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

Los planes médico de compensación fija, de recetas médicas, dental y de la vista de Essential StaffCARE tienen el aval de BCS Insurance Company, Oakbrook Terrace, Illinois, bajo las pólizas número 25.1204, 26.1214, 26.212 y 26.213. Los planes de seguro de vida, seguro por muerte accidental y pérdida de miembros y por discapacidad a corto plazo tienen el aval de 4 Ever Life Insurance Company, Oakbrook Terrace, Illinois, bajo la póliza número 62.200.

El **Plan MEC Wellness/Preventive** es un plan que se autofinancia patrocinado por el empleador, que se ha considerado que cumple las reglas y reglamentos de la ACA. Hay más información sobre los servicios preventivos en esta página de internet del gobierno: <https://www.healthcare.gov/what-are-my-preventive-care-benefits/> Si tiene preguntas o necesita ayuda, llame al departamento de Servicio al cliente de Essential StaffCARE al 1-866-798-0803.

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

Copias del resumen de beneficios y cobertura ("SBC") y la descripción resumida del plan ("SPD") de Essential StaffCARE ("ESC") están disponibles en el siguiente enlace: www.essentialstaffcare.com/mec-sbc-spd

Mientras que usted puede tener otros planes de salud, este es el enlace para su plan de MEC SPD con ESC. Estos documentos importantes explican los términos y condiciones de su plan de salud, incluyendo elegibilidad, cantidades de cobertura y exclusiones junto con sus derechos y responsabilidades. En cualquier momento, puede solicitar copias en papel o revocar su consentimiento para la entrega electrónica, sin cargo, llamando al 1-866-798-0803.

Si tiene preguntas o necesita ayuda, llame al departamento de Servicio al cliente de Essential StaffCARE al 1-866-798-0803.





VSI 2934600-LSL

SÓLO USO DE OFICINA LOCATION _____

Rehire Date ___/___/_____

FORMULARIO DE REGISTRO

ESC/MEC 4NA PVM v22.0

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

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

B. INFORMACIÓN DE MEDICARE

¿Usted o alguno de sus dependientes tiene Medicare?

 Sí No. Si contestó "Sí":

Número de reclamo al seguro de salud de Medicare (HICN)

Fecha efectiva de Medicare

Nombre de la(s) persona(s) cubierta(s):
1. _____ 2. _____**C. SELECCIÓN DEL PLAN DE BENEFICIOS LIMITADOS****Pagos semanales deducidos del cheque**

DEBE registrarse en el **Plan de seguro médico de compensación fija** (Fixed Indemnity Medical Insurance) antes de agregar más beneficios en la Sección C. El nivel de cobertura de sus beneficios adicionales de la Sección C será idéntico a su selección del plan médico de compensación fija. Estos planes tienen el aval de BCS Insurance Company y 4 Ever Life Insurance Company.

	PLAN MÉDICO DE COMPENSACIÓN FIJA ¹	PLAN DENTAL	PLAN DE LA VISTA	SEGURO DE VIDA	DISCAPACIDAD A CORTO PLAZO ²
Solo empleado	<input type="checkbox"/> \$15.98	\$5.40	\$2.42	\$0.60	\$4.20
Empleado + Hijo(s)	<input type="checkbox"/> \$26.54	\$14.58	\$6.54	\$0.90	
Empleado + Esposa/o	<input type="checkbox"/> \$30.36	\$10.80	\$4.84	\$0.90	
Empleado + Familia	<input type="checkbox"/> \$40.44	\$20.52	\$9.20	\$1.80	
	<input type="checkbox"/> NO a TODOS los beneficios	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

¹ Cobertura no disponible a residentes de NH, HI o PR. ² Beneficios de discapacidad a corto plazo no disponibles a trabajadores de CA, HI, NJ, NY o RI.

Escriba la información del beneficiario de su seguro de vida y del seguro por muerte accidental y pérdida de miembros. El seguro por muerte accidental y pérdida de miembros es parte del beneficio del seguro de vida.

Nombre _____ Relación _____

D. INFORMACIÓN REQUERIDA SOBRE LOS DEPENDIENTES

Nombre	# de Seguro Social	Nacimiento / /	Género <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M	Relación <input type="checkbox"/> Esposa/o <input type="checkbox"/> Hijo/a <input type="checkbox"/> Compañero doméstico
Nombre	# de Seguro Social	Nacimiento / /	Género <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M	Relación <input type="checkbox"/> Esposa/o <input type="checkbox"/> Hijo/a <input type="checkbox"/> Compañero doméstico
Nombre	# de Seguro Social	Nacimiento / /	Género <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M	Relación <input type="checkbox"/> Esposa/o <input type="checkbox"/> Hijo/a <input type="checkbox"/> Compañero doméstico

E. SELECCIÓN DEL BENEFICIO OPCIONAL DE MEC WELLNESS/PREVENTIVE

82934600-M-LSL

Pagos mensuales de pago directo

Si se registra en el **Beneficio opcional de MEC Wellness/Preventive** podría quedar **DESCALIFICADO** para recibir un subsidio del intercambio de seguros de salud. El Beneficio de MEC Wellness/Preventive Benefit **NO** está avalado por BCS Insurance Company. Es un beneficio que ofrece y que provee su empleador. Nota: La ley de atención económica y protección del paciente llamada "Patient Protection and Affordable Care Act" (PPACA) ya no pone castigos a nivel federal por no tener seguro; pero, investigue para ver si con su estado tiene castigos o requisitos específicos por no tener cobertura individual. Los pagos para el Beneficio de MEC Wellness/Preventive Benefit se hacen cada mes.

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

NO a MEC Wellness/Preventive

**F. FIRMA REQUERIDA****DEBE FIRMAR Y PONER LA FECHA AUNQUE DECLINE LA COBERTURA**

He leído el resumen de beneficios y comprendo sus limitaciones. Entiendo que me ofrecieron cobertura que cumple con la ACA (MEC Wellness/Preventive), y el registro sólo está disponible por un período limitado. Entiendo que el no hacer una selección de beneficios equivale a rechazar la cobertura.

FECHA ___/___/_____

▶ FIRMA

RESUMEN DE LOS BENEFICIOS LIMITADOS


BENEFICIOS MÉDICO DE COMPENSACIÓN FIJA


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

El Plan médico de compensación fija paga una cantidad fija para un evento cubierto causado por accidentes y enfermedades. Si el evento cubierto cuesta más, usted pagará la diferencia. Si el evento cubierto cuesta menos, usted se queda con la diferencia.

Beneficios para servicios externos ¹		Beneficios para servicios internos	
Consultas del doctor	\$60 diarios	Atención estándar	\$300 diarios
Diagnóstico (laboratorio)	\$75 diarios	Máximo en la unidad de cuidados intensivos ³	\$400 diarios
Diagnóstico (rayos X)	\$150 diarios	Cirugía internado	\$2,000 diarios
Servicios de ambulancia	\$300 diarios	Anestesia	\$400 diarios
Terapia física, del habla y ocupacional	\$50 diarios	Enfermeras especializadas ⁴	\$100 diarios
Beneficio de sala de emergencia—Por enfermedad	\$100 diarios	Máximo anual para servicios internos ⁵	No hay límite
Beneficio de sala de emergencia—Por accidente ²	\$300 diarios	Atención para el bienestar	
Cirugía en servicios externos	\$500 diarios	Atención para el bienestar (una vez al año)	\$75
Anestesia	\$200 diarios	Recetas médicas (por reembolso)^{6, 7}	
Máximo anual para servicios externos	\$2,000	Máximo anual	\$600
Servicio de descuento de Telemedicina (teléfono/video)	\$25 por consulta	Coseguro por medicinas genéricas/de marca	70% / 50%


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


BENEFICIOS DENTALES	Período de espera/Coseguro	Beneficio anual máximo	\$750	Deducible	\$50
 Cobertura A	Nada/ 80%	Exámenes, limpiezas, radiografías intrabucales, y mordidas			
Cobertura B	3 meses/ 60%	Empastes, cirugía oral y reparaciones de coronas, puentes y dentaduras postizas			
Cobertura C	12 meses/ 50%	Periodoncia, coronas, endodoncia, puentes, y dentaduras postizas			

BENEFICIO DE LA VISTA ¹	En Red	Fuera de la Red
 Examen de la vista para anteojos ² (incluyendo dilatación)	Tu pagas \$10 Copago	El plan paga 100%
Examen de lentes de contacto estándar (incluyendo el seguimiento)	Hasta \$55	\$0
Examen de lentes de contacto premium (incluyendo el seguimiento)	100%, después 10% del precio de venta	\$0
Armazones (cada 24 meses)	80%, después \$110 descuento	20% más \$110
Prueba de lentes de contacto estándar (visión regular, bifocales, o trifocales) ^{2,3}	\$25 Copago	100%
Lentes de contacto (Convencional) (sólo el material) ²	85% después \$110 descuento	15% más \$110
Lentes de contacto (Desechables) (sólo el material) ²	100% después \$110 descuento	\$110 descuento
Lentes de contacto (Medicamento Necesarios) (sólo el material) ²	\$0 Copago	100%

¹ Para información sobre el beneficio de la vista, que incluye servicios premium, visite www.essentialstaffcare.com/vision ² Cada 12 meses ³ \$15 más en AK, CA, HI, OR, WA ⁴ Después del pago del plan

BENEFICIO DE SEGURO DE VIDA DE GRUPO			
 Para el empleado	\$10,000 (baja a \$7,500 a los 65 años y a \$5,000 a los 70 años)	Para los hijos (de 6 meses a 26 años)	\$5,000
Para la esposa/o	\$5,000 (termina a los 70 años)	Para bebés (de 15 días a 6 meses)	\$1,000
SEGURO POR MUERTE ACCIDENTAL Y PÉRDIDA DE MIEMBROS (Es parte del beneficio del seguro de vida.)			
Para el empleado	\$20,000	Para los hijos (de 6 meses a 26 años)	\$5,000
Para la esposa/o	\$20,000	Para bebés (de 15 días a 6 meses)	\$2,500

BENEFICIO DE DISCAPACIDAD A CORTO PLAZO	
 Cantidad del beneficio	60% de la paga base hasta \$150 por semana
Período de espera/ Período máximo de los beneficios	7 días por lesión o enfermedad/ hasta 26 semanas

BENEFICIO OPCIONAL DE MEC WELLNESS/PREVENTIVE ¹		Número de póliza 82934600-M-LSL	
 El Beneficio de MEC Wellness/Preventive opcional NO cubre servicios médicos. Este plan da cobertura para servicios preventivos como las vacunas y los exámenes de rutina. No cubre condiciones causadas por accidentes o enfermedades.			
Beneficio	En la red	Fuera de la red	PRIMA MENSUAL PARA MEC
Servicios preventivos para adultos	100%	40%	Solo empleado
Servicios preventivos para mujeres	100%	40%	Empleado + Hijo(s)
Servicios preventivos cubiertos para niños	100%	40%	Empleado + Esposa/o
			Empleado + Familia
			MEC
			\$58.19
			\$65.79
			\$71.00
			\$80.87

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

PRIMA SEMANAL PARA LOS BENEFICIOS LIMITADOS	Plan médico	Plan dental	Vista	Seguro de vida	STD
Solo empleado	\$15.98	\$5.40	\$2.42	\$0.60	\$4.20
Empleado + Hijo(s)	\$26.54	\$14.58	\$6.54	\$0.90	-
Empleado + Esposa/o	\$30.36	\$10.80	\$4.84	\$0.90	-
Empleado + Familia	\$40.44	\$20.52	\$9.20	\$1.80	-

EXCLUSIONES Y LIMITACIONES DE LOS BENEFICIOS LIMITADOS

Estas son las limitaciones y exclusiones estándar. Como podrían variar de un estado a otro, para ver una lista detallada de ellos, consulte el Resumen de descripción del plan (SPD).

BENEFICIOS PARA EL PLAN DE INDEMNIZACIÓN MÉDICA FIJA

No se pagarán beneficios por pérdidas causadas por o resultantes de:

- Lesiones hechas a sí mismo intencionalmente, suicidio o intento de suicidio, ya sea cuerdo o demente
- Guerra declarada o sin declarar
- Servir en las Fuerzas Armadas a tiempo completo
- Un delito grave perpetrado por una persona cubierta por el Plan
- Enfermedades o lesiones relacionadas al trabajo, ya sea que los beneficios se paguen o no bajo la Ley de compensación de empleados u otra similar

No se pagarán beneficios por:

- Exámenes de la vista para prescribir lentes, cualquier tipo de anteojos y sus prescripciones
- Exámenes del oído y dispositivos para oír
- Tratamiento o atención dental que no sea la atención de las encías y los dientes naturales y sanos requerida para las lesiones que resulten de un accidente mientras la persona está cubierta por la póliza y se haga en los 6 meses siguientes al accidente
- Los servicios relacionados con cirugía cosmética, excepto la que necesite la persona cubierta para la reconstrucción de los senos después de una mastectomía o como resultado de un accidente que ocurra mientras está cubierta bajo esta póliza. Las cirugías cosméticas para lesiones accidentales se deben realizar dentro de los 90 días siguientes al accidente que causó la lesión y mientras la cobertura de esta persona sigue vigente
- Servicios proporcionados por un miembro de la familia inmediata de la persona cubierta.

Este Plan médico de compensación fija no está disponible para los residentes de Hawaii, New Hampshire o Puerto Rico.

PLAN DENTAL

El plan sólo pagará los procedimientos especificados en el Programa de procedimientos cubiertos de la póliza de grupo. Muchos de los procedimientos cubiertos bajo el plan tienen períodos de espera y limitaciones sobre la frecuencia en que los pagará el plan. Si desea más información sobre los procedimientos cubiertos o las limitaciones, vea el Resumen de descripción del plan.

PLAN DE LA VISTA

No se pagarán beneficios por materiales, procedimientos o servicios provistos bajo la Ley de compensación a los trabajadores u otra ley similar; anteojos sin receta, armazones para tales anteojos o lentes de contacto sin receta; materiales, procedimientos o servicios provistos por un familiar directo o por usted mismo; cobros por materiales, procedimientos o servicios en la medida que se puedan pagar bajo otro contrato de servicio o póliza de seguro válidos y cobrables, ya sea que se haga el reclamo por tales beneficios o no.

RECETAS MÉDICAS

No se pagarán beneficios por medicinas y productos que se venden sin receta ni por medicinas que le administren a usted mientras está hospitalizado.

DISCAPACIDAD A CORTO PLAZO

En esta cobertura no se pagan beneficios en los casos siguientes:

- Intento de suicidio o lesiones hechas a sí mismo intencionalmente
- Ingerir veneno voluntariamente; inhalar gas voluntariamente; ingerir drogas o sustancias químicas voluntariamente. Esto no se aplica a las que administra un médico certificado. El médico no debe ser usted o su esposa/o, su hijo o el hijo de su esposa/o, un hermano o padre ni una persona que viva en su casa
- Guerra declarada o sin declarar y las acciones relacionadas
- Cometer o intentar cometer un delito grave, o por pérdidas que ocurren durante el encarcelamiento debido a un delito grave
- Participar en un motín
- Participar en una ocupación ilegal
- Liberar energía nuclear
- Operar, viajar en una nave aérea o descender de ella (incluyendo un planeador "hang glider"). Estas limitaciones no se aplican mientras usted es pasajero de una aeronave con licencia, comercial y no militar, o
- Enfermedades y lesiones relacionadas con el trabajo.

Los beneficios de discapacidad a corto plazo (STD) no están disponibles para personas que trabajan en California, Hawaii, New Jersey, New York o Rhode Island.

SEGURO DE VIDA DE GRUPO Y SEGURO POR MUERTE ACCIDENTAL Y PÉRDIDA DE MIEMBROS

No se pagarán beneficios de seguro de vida por muertes causadas por suicidio o autodestrucción, o intento de éstos, en los 24 meses posteriores a la fecha en que entró en vigor la cobertura del asegurado por la póliza.

No se pagarán beneficios por muerte accidental y pérdida de miembros por pérdidas causadas total o parcialmente por, o que sean resultado total o parcial de, los siguientes casos:

Intento de suicidio o lesiones hechas a sí mismo intencionalmente; padecimientos físicos o mentales; enfermedades de cualquier tipo; o tratamiento médico o quirúrgico para tal padecimiento o enfermedad. Esto no incluye infecciones bacteriales producidas por cortadas o heridas accidentales ni ingerir accidentalmente alimentos tóxicos; ingerir veneno voluntariamente; inhalar gas voluntariamente; ni ingerir drogas o sustancias químicas voluntariamente. Esto no se aplica a las que administra un médico certificado. El médico no debe ser usted, su cónyuge ni su compañero doméstico; su hijo, el hijo de su cónyuge ni el hijo de su compañero doméstico, un hermano o padre; ni una persona que viva en su casa; guerra declarada o sin declarar y las acciones relacionadas; cometer o intentar cometer un delito grave, o por pérdidas que ocurren en el encarcelamiento debido a un delito grave; participar en un motín; participar en una ocupación ilegal; liberar energía nuclear; operar, viajar en una nave aérea o descender de ella (incluyendo un planeador "hang glider"). Esto no se aplica si es pasajero de una aeronave comercial autorizada, no militar; ni a enfermedades o lesiones relacionadas al trabajo.

Servicios para miembros:

Para ver las preguntas frecuentes y información sobre la red del plan de compensación fija, visite www.esc-enrollment.com/FAQIND. Para preguntas, una lista completa de los servicios preventivos, y el resumen SBC del Plan MEC, visite www.esc-enrollment.com/FAQMEC. El resumen SBC también está disponible gratis una copia impresa, que puede pedir llamando a Essential StaffCARE Customer Service, al 1-866-798-0803.

NOTA: Para hacer cambios o cancelar la cobertura llame al (800) 269-7783. Su código de pin para registrarse o hacer cambios es **400** + ____ (últimos cuatro dígitos de su SSN). Su Compañía decidió tomar sus deducciones **después de descontarle los impuestos.**

Servicio al cliente de Essential StaffCARE: 1-866-798-0803

- Después de registrarse, los miembros pueden llamar a este teléfono para preguntar sobre la cobertura de su plan, su tarjeta de identificación, el estatus de un reclamo y los folletos de las pólizas y para agregar, cambiar o cancelar la cobertura.
- El Centro de llamadas de Servicio al cliente está abierto de lunes a viernes, de 8:30 a.m. a 8 p.m. tiempo del este. Hay representantes bilingües.
- Además, los miembros pueden visitar www.paisc.com y hacer clic en "Members" y escribir el número de su grupo.