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

Complete el formulario de registro para elegir o declinar la cobertura

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

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

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

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

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

Los planes médico de compensación fija, de recetas médicas, 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/coverage/preventive-care-benefits Si tiene preguntas o necesita ayuda, llame al departamento de Servicio al cliente de Essential StaffCARE al 1-866-798-0803.

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

Una copia del resumen de beneficios y cobertura ("SBC") de Essential StaffCARE ("ESC") está disponible en el siguiente enlace: www.enrollment.care/info/sbcmec.

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

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

VSI **2934600-LSL** SÓLO USO DE OFICINA LOCATION _____ Date __ __ /__ __ /__ __ __ __

FORMULARIO DE REGISTRO

ESC/MEC 4NA PVM v24.1

A. INFORMACIÓN REQUERIDA DEL EMPLEADO

LETRA DE IMPRENTA, TINTA NEGRA o AZUL (Contestar todo)

Nombre	Teléfono	
# de Seguro Social	Fecha de nacimiento / /	Género H 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 [1]	PLAN DE LA VISTA [1]	SEGURO DE VIDA [1]	DISCAPACIDAD A CORTO PLAZO [1, 2]
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**	
	☐ **NO** a TODOS los beneficios	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No

1 Cobertura no disponible a residentes de **NH, HI** o **PR**. 2 STD no está disponible para personas que residen en **CA, HI, NH, NJ, NY,** o **RI**.

Escriba la información del beneficiario 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 H M	Relación ☐ Esposa/o ☐ Hijo/a ☐ Compañero doméstico
Nombre	# de Seguro Social	Nacimiento / /	Género H M	Relación ☐ Esposa/o ☐ Hijo/a ☐ Compañero doméstico
Nombre	# de Seguro Social	Nacimiento / /	Género H M	Relación ☐ Esposa/o ☐ Hijo/a ☐ Compañero doméstico

E. SELECCIÓN DEL BENEFICIO OPCIONAL DE MEC WELLNESS/PREVENTIVE [1]

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

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

F. FIRMA REQUERIDA

DEBE FIRMAR Y PONER LA FECHA AUNQUE DECLINE LA COBERTURA

Al firmar abajo, confirmo que leí el Resumen de beneficios y las Limitaciones y exclusiones de los planes de beneficios recomendados; que me ofrecieron una cobertura que cumple la ley ACA (MEC Wellness/Preventive) con fondos propios y que el período de registro está disponible por un tiempo limitado. También entiendo que no hacer una selección de beneficios es rechazar la cobertura y que la cobertura de beneficios sólo está disponible para empleados mayores de 18 años con un Número de Seguro Social (SSN) válido.

FECHA __ __ /__ __ /__ __ __ __ ▶ **FIRMA**

RESUMEN DE LOS BENEFICIOS LIMITADOS

Número de póliza: **2934600-LSL**

BENEFICIOS MÉDICO DE COMPENSACIÓN FIJA

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

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

Beneficios para servicios externos [1]		**Beneficios para servicios internos**	
Consultas del doctor (Virtual o En persona)	$70 diarios	Atención estándar	$300 diarios
Diagnóstico (laboratorio)	$90 diarios	Máximo en la unidad de cuidados intensivos [3]	$400 diarios
Diagnóstico (rayos X)	$200 diarios	Cirugía internado	$2,000 diarios
Servicios de ambulancia	$350 diarios	Anestesia	$400 diarios
Terapia física, del habla y ocupacional	$50 diarios	Enfermeras especializadas [4]	$100 diarios
Beneficio de sala de emergencia—Por enfermedad	$150 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	$2,200	Máximo anual	$600
		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 accidents 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

	En Red		**Fuera de la Red**	
	Tu pagas	El plan paga	Tu pagas [3]	El plan paga
Examen de la vista para anteojos [1] (incluyendo dilatación)	$10 Copago	100%	100%	$35
Examen de lentes de contacto estándar (incluyendo el seguimiento)	Hasta $55	$0	100%	$0
Examen de lentes de contacto premium (incluyendo el seguimiento)	100%, después 10% del precio de venta	$0	100%	$0
Armazones (cada 24 meses)	80%, después $110 descuento	20% más $110	100%	$55
Prueba de lentes de contacto estándar *(visión regular, bifocales, o trifocales)* [1,2]	$25 Copago	100%	100%	$25-$55
Lentes de contacto (Convencional) (sólo el material) [1]	85% después $110 descuento	15% más $110	100%	$88
Lentes de contacto (Desechables) (sólo el material) [1]	100% después $110 descuento	$110 descuento	100%	$88
Lentes de contacto (Médicamente Necesarios) (sólo el material) [1]	$0 Copago	100%	100%	$200

[1] Cada 12 meses [2] $15 más en AK, CA, HI, OR, WA [3] Después del pago del plan

BENEFICIO DE SEGURO DE VIDA

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 [1,2]

Número de póliza: **82934600-M-LSL**

ACA El Beneficio de MEC Wellness/Preventive opcional **NO** cubre servicios médicos. Este plan da cobertura para servicios preventivos como las vacunas y los exámenes de rutina. No cubre condiciones causadas por accidentes o enfermedades.

Beneficio	**En la red**	**Fuera de la red**	**PRIMA MENSUAL PARA MEC**	**MEC**
Servicios preventivos para adultos	100%	40%	**Solo empleado**	$58.19
Servicios preventivos para mujeres	100%	40%	**Empleado + Hijo(s)**	$65.79
Servicios preventivos cubiertos para niños	100%	40%	**Empleado + Esposa/o**	$71.00
			Empleado + Familia	$80.87

[1] Para más información sobre los servicios preventivos, visite www.healthcare.gov. [2] Esta cobertura no está disponible para los residentes de HI o PR.

PRIMA SEMANAL PARA LOS BENEFICIOS LIMITADOS	**Plan médico**	**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.

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.

SEGURO DE VIDA 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 perdidas 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 área 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.

Los planes médico de compensación fija, recetas, de la vista y de seguro por muerte accidental y pérdida de miembros no están disponibles para residentes de Hawái, Nueva Hampshire ni Puerto Rico.

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 está disponible para personas que residen en California, Hawaii, New Hampshire, New Jersey, New York o Rhode Island.

Servicios para miembros:

Para ver las preguntas frecuentes y información sobre la red del plan de compensacion fija, visite *https://enrollment.care/info/bcs/ind*. Para preguntas, una lista completa de los servicios preventivos, y el resumen SBC del Plan MEC, visite *https://enrollment.care/info/bcs/mmdp*. El resumen SBC también está disponible gratis una copia impresa, que puede pedir llamando a Essential StaffCARE Customer Service, al 1-866-798-0803.

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

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

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

El Resumen de beneficios y cobertura (SBC) le ayudará a escoger un plan de salud. El SBC le muestra cómo usted y el plan compartirían el costo de los servicios de atención médica cubiertos. NOTA: La información sobre el costo de este plan (llamada primas) se entregará por separado. Este es sólo un resumen. Para más información sobre su cobertura, o para pedir una copia de los términos completos de su cobertura, llame **a PAI al 1-866-798-0803** o visite www.paisc.com. Para definiciones generales de términos comunes, como cantidad permitida, balance de la factura, coseguro, copago, deducible, proveedor, u otros términos subrayados, consulte el Glosario. Puede ver el Glosario en www.paisc.com o llame al 1-866-798-0803 y pida una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante esto:

Preguntas importantes	Respuestas	¿Por qué es importante?:
¿Cuánto es el deducible global?	$0	Consulte la tabla de eventos médicos comunes que se encuentra a continuación para conocer sus costos de los servicios que cubre este **plan**.
¿Están cubiertos los servicios antes de alcanzar su deducible?	Sí. **Servicios de prevención**.	Por ejemplo, este **plan** cubre ciertos **servicios preventivos** sin **costos compartidos** y antes de alcanzar el **deducible**. Consulte una lista de los **servicios preventivos cubiertos en https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/.**
¿Hay otros deducibles para servicios específicos?	No.	No tiene que alcanzar un **deducible** por servicios específicos.
¿Cuál es el límite de gastos de bolsillo para este plan?	No corresponde.	Este **plan** no tiene un **límite de gastos de bolsillo** en sus gastos.
¿Qué no está incluido en el límite de gastos de bolsillo?	No corresponde.	Este **plan** no tiene un **límite de gastos de bolsillo** en sus gastos.
¿Pagará menos si acude a un proveedor de la red del plan?	Sí. Visite www.myfirsthealth.com o llame sin cargo a First Health al teléfono 1(800)226-5116 para solicitar una lista de proveedores de la red.	Este **plan** usa una **red de proveedores**. Pagará menos si acude a un **proveedor** de la **red** del **plan**. Pagará más si usa un **proveedor fuera de la red**, y es posible que reciba una factura de un **proveedor** por la diferencia entre lo que el **proveedor** cobra y lo que el **plan** paga (**facturación de saldo**). Tenga presente que su **proveedor de la red** puede usar un **proveedor fuera de la red** para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Consulte con su **proveedor** antes de recibir los servicios.
¿Necesita una derivación para consultar a un especialista?	No.	Puede consultar al **especialista** de su elección sin una **derivación**.

(DT-OMB control number: 1545-0047/Expiration Date: 12/31/2019) (DOL – OMB control number 1210-0147/Expiration date:5/31/2022 (HHS-OMB control number: 0938-1146/Expiration date: 10/31/2022)

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de la red (pagará menos)	Proveedor fuera de la red (pagará más)	
Si acude al consultorio o clínica del proveedor	Consulta con su médico de atención primaria para tratar una afección o lesión	**Atención preventiva**: Sin cargo. Tratamiento de una lesión o enfermedad: No está cubierto.	**Atención preventiva**: **Coseguro** del 60 %. Tratamiento de una lesión o enfermedad: No está cubierto.	Los beneficios solo se proporcionan para los servicios de **Atención preventiva** según se describe en la Patient Protection and Affordable Care Act (Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio y Protección al Paciente o PPACA, por sus siglas en inglés). Los servicios para tratar una lesión o enfermedad no tienen cobertura. Es posible que deba pagar los servicios que no son **preventivos**. Luego, consulte lo que pagará su **plan**.*
	Consulta con un **especialista**	**Atención preventiva**: Sin cargo. Tratamiento de una lesión o enfermedad: No está cubierto.	**Atención preventiva**: **Coseguro** del 60 % Tratamiento de una lesión o enfermedad: No está cubierto.	
	Atención preventiva/**examinación**/ vacunas	Sin cargo para los **Servicios preventivos** descritos en la Ley del Cuidado de la Salud a Bajo Precio (ACA)	**Atención preventiva**: **Coseguro** del 60 %.	
Si tiene que someterse a un examen	**Examen de diagnóstico** (radiografías, análisis de sangre)	**Atención preventiva**: Sin cargo. Tratamiento de una lesión o enfermedad: No está cubierto.	**Atención preventiva**: **Coseguro** del 60 %. Tratamiento de una lesión o enfermedad: No está cubierto.	Solo se cubren los beneficios de Atención preventiva aprobados por la ACA. Es posible que deba pagar los servicios que no son **preventivos**. Pregunte al **proveedor** si los servicios que necesita son preventivos. Luego, consulte lo que pagará su **plan**.*
	Imágenes (TC o TEP, RMN)	No está cubierto.	No está cubierto.	Tratamiento de una lesión o enfermedad: No está cubierto.
Si necesita un medicamento para tratar su enfermedad o afección Puede obtener más información sobre la **cobertura de medicamentos con receta médica** llamando al 1-866-798-0803	Medicamentos genéricos	No está cubierto.	No está cubierto.	Los anticonceptivos orales, las vacunas, los suplementos seleccionados y la aspirina están cubiertos por este plan de acuerdo con la **Atención preventiva** de la ACA.*
	Medicamentos de marca preferidos	No está cubierto.	No está cubierto.	
	Medicamentos de marca no preferidos	No está cubierto.	No está cubierto.	
	Medicamentos especializados	No está cubierto.	No está cubierto.	

*Para obtener más información sobre limitaciones y excepciones, consulte el plan o el documento de la póliza en www.paisc.com.

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de la red (pagará menos)	Proveedor fuera de la red (pagará más)	
Si se somete a una cirugía ambulatoria	Tarifa del establecimiento (por ejemplo, centro de cirugía ambulatoria)	**Atención preventiva**: Sin cargo. Tratamiento de una lesión o enfermedad: No está cubierto.	**Atención preventiva**: **Coseguro** del 60 %. Tratamiento de una lesión o enfermedad: No está cubierto.	Solo se cubren los beneficios de **Atención preventiva** aprobados por la ACA.*
	Aranceles del médico o cirujano	**Atención preventiva**: Sin cargo. Tratamiento de una lesión o enfermedad: No está cubierto.	**Atención preventiva**: **Coseguro** del 60 %. Tratamiento de una lesión o enfermedad: No está cubierto.	Solo se cubren los beneficios de **Atención preventiva** aprobados por la ACA.*
Si necesita atención inmediata	Atención en la Sala de Emergencias	No está cubierto.	No está cubierto.	Tratamiento de una lesión o enfermedad: No está cubierto.
	Transporte médico de emergencia	No está cubierto.	No está cubierto.	Tratamiento de una lesión o enfermedad: No está cubierto.
	Urgencias médicas	No está cubierto.	No está cubierto.	Este **plan** proporciona beneficios para los **Servicios de atención preventiva** según se describen en la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio. Tratamiento de una lesión o enfermedad: No está cubierto.
Si es hospitalizado	Tarifa del establecimiento (por ejemplo, habitación)	No está cubierto.	No está cubierto.	Este **plan** proporciona beneficios para los **Servicios de atención preventiva** según se describen en la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio. Tratamiento de una lesión o enfermedad: No está cubierto.
	Aranceles del médico o cirujano	No está cubierto.	No está cubierto.	Este **plan** proporciona beneficios para los **Servicios de atención preventiva** según se describen en la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio. Tratamiento de una lesión o enfermedad: No está cubierto.

*Para obtener más información sobre limitaciones y excepciones, consulte el plan o el documento de la póliza en www.paisc.com.

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de la red (pagará menos)	Proveedor fuera de la red (pagará más)	
Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o de consumo de sustancias	Servicios para pacientes ambulatorios	**Atención preventiva**: Sin cargo. Tratamiento de una lesión o enfermedad: No está cubierto.	**Atención preventiva**: **Coseguro** del 60 %. Tratamiento de una lesión o enfermedad: No está cubierto.	Solo se cubren los beneficios de **Atención preventiva** aprobados por la ACA. Es posible que deba pagar los servicios que no son **preventivos**. Luego, consulte lo que pagará su **plan**.*
	Servicios para pacientes hospitalizados	No está cubierto.	No está cubierto.	Este **plan** proporciona beneficios para los **Servicios de atención preventiva** según se describen en la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio. Tratamiento de una lesión o enfermedad: No está cubierto.
Si está embarazada	Visitas al consultorio	**Atención preventiva**: Sin cargo. Otro tratamiento de maternidad: No está cubierto.	**Atención preventiva**: **Coseguro** del 60 %. Otro tratamiento de maternidad: No está cubierto.	Solo se cubren los beneficios de Atención preventiva aprobados por la ACA. Los costos compartidos no se aplican a ciertos servicios preventivos. Es posible que deba pagar los servicios que no son preventivos. Luego, consulte lo que pagará su **plan**.*
	Servicios profesionales de parto/trabajo de parto	**Atención preventiva**: Sin cargo. Otro tratamiento de maternidad: No está cubierto.	**Atención preventiva**: **Coseguro** del 60 %. Otro tratamiento de maternidad: No está cubierto.	Solo se cubren los beneficios de **Atención preventiva** aprobados por la ACA.*
	Servicios del centro de parto/trabajo de parto	No está cubierto	No está cubierto	No está cubierto
Si necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades especiales de salud	Atención médica en el hogar	No está cubierto	No está cubierto	Los servicios que no son servicios de **Atención preventiva** según se describe en la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio y Protección al Paciente no estarán cubiertos por el plan.
	Servicios de rehabilitación	No está cubierto	No está cubierto	
	Servicios de habilitación	No está cubierto	No está cubierto	
	Atención de enfermería especializada	No está cubierto	No está cubierto	
	Equipo médico duradero	No está cubierto	No está cubierto	
	Servicios de cuidados paliativos	No está cubierto	No está cubierto	
Si su hijo necesita	Examen de la vista para	**Atención preventiva**: Sin cargo.	**Atención preventiva**: **Coseguro** del 60 %.	Este **plan** proporciona beneficios para los

*Para obtener más información sobre limitaciones y excepciones, consulte el plan o el documento de la póliza en www.paisc.com.

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de la red (pagará menos)	Proveedor fuera de la red (pagará más)	
servicios dentales o de la vista	niños	Tratamiento de una lesión o enfermedad: No está cubierto.	Tratamiento de una lesión o enfermedad: No está cubierto.	**Servicios de atención preventiva** según se describen en la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio (solo para niños).
	Anteojos para niños	No está cubierto	No está cubierto	Los servicios que no son servicios de **Atención preventiva** según se describe en la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio y Protección al Paciente no estarán cubiertos por el **plan**.
	Controles dentales para niños	Atención preventiva: Sin cargo.	Atención preventiva: Coseguro del 60 %.	Cubre solo una evaluación de riesgo de salud bucal para niños pequeños: De 0 a 11 meses, de 1 a 4 años, de 5 a 10 años y suplementos de quimioprevención con flúor para niños sin flúor en el suministro de agua.

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Servicios que su Plan, por lo general, NO cubre (consulte la póliza o documento del plan para obtener más información, así como una lista de otros servicios excluidos).

- Acupuntura
- Cirugía bariátrica
- Atención del quiropráctico
- Cirugía cosmética
- Atención dental (Adulto)
- Servicios de habilitación
- Audífonos
- Tratamiento por infertilidad
- Atención para pacientes hospitalizados
- Atención a largo plazo
- Atención que no es de emergencia cuando viaja fuera de EE. UU.
- Atención de enfermería privada
- Atención de la vista de rutina (Adulto)
- Podología de rutina
- Programas para bajar de peso

Otros servicios cubiertos (puede haber limitaciones a estos servicios). Esta no es una lista completa. Consulte el documento del plan).

- Atención de la vista de rutina (niños solamente)

Sus derechos para mantener la cobertura: Hay organismos que pueden ayudarlo si desea mantener la cobertura después de que esta finaliza. La información de contacto de estos organismos es: Department of Labor's Employee Benefits Security Administration (Administración de Seguridad de Beneficios para los Empleados del Departamento de Trabajo) al 1-866-444-EBSA (3272) o www.dol.gov/ebsa/healthreform/ Department of Health and Human Services, Center for Consumer Information and Insurance Oversight (Departamento de Salud y Servicios Humanos, Centro de Información al Consumidor y Supervisión de Seguros o CCIIO, por sus siglas en inglés), al 1-877-267-2323 x61565 o www.cciio.cms.gov/ Planned Administrators Inc. al 1-866-798-0803 o en **www.paisc.com**. Es posible que haya otras opciones de cobertura disponibles para usted, como contratar una cobertura de seguro individual a través del Mercado de Seguros Médicos. Para obtener más información sobre el Mercado, visite www.HealthCare.gov o llame al 1-800-318-2596.

Sus derechos a presentar una queja o una apelación: Hay organismos que pueden ayudarlo si tiene una queja contra su plan por la denegación de una reclamación. Esta queja se llama queja formal o apelación. Para obtener más información sobre sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá por dicha reclamación médica. Los documentos de su plan también contienen información completa para enviar una reclamación, una apelación o una queja formal a su plan por cualquier motivo. Para obtener más información sobre sus derechos, este aviso o si necesita ayuda, comuníquese con: La información de contacto de estos organismos es: Department of Labor Employee Benefits Security Administration (Administración de Seguridad de Beneficios para los Empleados del Departamento de Trabajo) al 1-866-444-EBSA (3272) o Planned Administrators Inc. al 1-866-798-0803 o en **www.paisc.com**.

¿Ofrece este plan cobertura esencial mínima? Sí
Si usted no tiene cobertura esencial mínima durante un mes, deberá hacer un pago cuando presente su declaración de impuestos, a menos que cualifique para quedar exento del requisito de que tuvo cobertura médica durante ese mes.

¿Cumple este plan con los estándares de valor mínimo? No
Si su plan no cumple el valor mínimo estándar, es posible que califique para un crédito fiscal para primas para ayudarlo a pagar un plan en el Mercado.

Servicio de acceso a idiomas:
Spanish (Español): Para obtener asistencia en español, llame al 1-866-798-0803.
Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-866-798-0803.
Chinese (中文): 如果需要中文的帮助， 请拨打这个号码1-866-798-0803.
Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwiijigo holne' 1-866-798-0803.

Para ver ejemplos de cómo este plan puede cubrir los costos en una situación médica de muestra, consulte la siguiente sección.

Acerca de estos ejemplos de cobertura:

Esta no es una herramienta de cálculo de costos. Los tratamientos que se muestran son solo ejemplos de cómo este plan puede cubrir la atención médica. Sus costos reales pueden variar según el tratamiento real que reciba, los precios que sus proveedores cobran y muchos otros factores. Fíjese en los costos compartidos (deducibles, copagos y coseguro) y en los servicios excluidos por el plan. Use esta información para comparar la parte de los costos que podría pagar con los distintos planes médicos. Tenga presente que estos ejemplos de cobertura se basan solo en una cobertura individual.

Peg tendrá un bebé
(9 meses de atención prenatal dentro de la red y parto en el hospital)

El deducible general del plan	$0
Especialista	$0
Hospital (centro) *No está cubierto*	%N/C
Otro *No está cubierto*	%N/C

Este EJEMPLO incluye servicios como:
Citas en el consultorio del especialista *(atención prenatal)*
Servicios profesionales de parto/trabajo de parto
Servicios del centro de parto/trabajo de parto
Exámenes de diagnóstico *(ecografías y análisis de sangre)*
Visita de un especialista *(anestesia)*

Costo total del ejemplo	**$12,730**

En este ejemplo, Peg pagaría:

Costos compartidos	
Deducibles	$0
Copagos	$0
Coseguro	100 %
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	$12,617
El total que Peg pagaría es	**$12,617**

Control de la diabetes tipo 2 de Joe
(un año de atención de rutina dentro de la red de una afección bien controlada)

El deducible general del plan	$0
Especialista	$0
Hospital (centro) *No está cubierto*	%N/C
Otro *No está cubierto*	%N/C

Este EJEMPLO incluye servicios como:
Citas en el consultorio de un médico de atención primaria *(incluye educación sobre la enfermedad)*
Exámenes de diagnóstico *(análisis de sangre)*
Medicamentos con receta médica
Equipo médico duradero *(glucómetro)*

Costo total del ejemplo	**$7,389**

En este ejemplo, Joe pagaría:

Costos compartidos	
Deducibles	$0
Copagos	$0
Coseguro	100 %
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	$7,217
El total que Joe pagaría es	**$7,217**

Fractura simple de Mia
(visita a Sala de Emergencias dentro de la red y atención de seguimiento)

El deducible general del plan	$0
Especialista	$0
Hospital (centro) *No está cubierto*	%N/C
Otro *No está cubierto*	%N/C

Este EJEMPLO incluye servicios como:
Atención en la Sala de Emergencias *(incluye suministros médicos)*
Exámenes de diagnóstico *(radiografías)*
Equipo médico duradero *(muletas)*
Servicios de rehabilitación *(fisioterapia)*

Costo total del ejemplo	**$1,925**

En este ejemplo, Mia pagaría:

Costos compartidos	
Deducibles	$0
Copagos	$0
Coseguro	100 %
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	$1,925
El total que Mia pagaría es	**$1,925**

El plan sería responsable de los otros costos de los servicios cubiertos de este EJEMPLO.

Non-Discrimination Statement and Foreign Language Access

We do not discriminate on the basis of race, color, national origin, disability, age, sex, gender identity, sexual orientation or health status in our health plans, when we enroll members or provide benefits.

If you or someone you're assisting is disabled and needs interpretation assistance, help is available at the contact number posted on our website or listed in the materials included with this notice (TDD: 711).

Free language interpretation support is available for those who cannot read or speak English by calling one of the appropriate numbers listed below.

If you think we have not provided these services or have discriminated in any way, you can file a grievance by emailing contact@hcrcompliance.com or by calling our Compliance area at 1-800-832-9686 or the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights at 1-800-368-1019 or 1-800-537-7697 (TDD).

Si usted, o alguien a quien usted está ayudando, tiene preguntas acerca de este plan de salud, tiene derecho a obtener ayuda e información en su idioma sin costo alguno. Para hablar con un intérprete, llame al 1-844-396-0183. (Spanish)

如果您，或是您正在協助的對象，有關於本健康計畫方面的問題，您有權利免費以您的母語得到幫助和訊息。洽詢一位翻譯員，請撥 1-844-396-0188。 (Chinese)

Nếu quý vị, hoặc là người mà quý vị đang giúp đỡ, có những câu hỏi quan tâm về chương trình sức khỏe này, quý vị sẽ được giúp đở với các thông tin bằng ngôn ngữ của quý vị miễn phí. Để nói chuyện với một thông dịch viên, xin gọi 1-844-389-4838 (Vietnamese)

이 건강보험에 관하여 궁금한 사항 혹은 질문이 있으시면 1-844-396-0187로 연락해 주십시오. 귀하의 비용 부담없이 한국어로 도와드립니다. (Korean)

Kung ikaw, o ang iyong tinutulungan, ay may mga katanungan tungkol sa planong pangkalusugang ito, may karapatan ka na makakuha ng tulong at impormasyon sa iyong wika nang walang gastos. Upang makausap ang isang tagasalin, tumawag sa 1-844-389-4839 . (Tagalog)

Если у Вас или лица, которому вы помогаете, имеются вопросы по поводу Вашего плана медицинского обслуживания, то Вы имеете право на бесплатное получение помощи и информации на русском языке. Для разговора с переводчиком позвоните по телефону 1-844-389-4840. (Russian)

إن كان لديك أو لدى شخص تساعده أسئلة بخصوص خطة الصحة هذه، فلديك الحق في الحصول على المساعدة والمعلومات الضرورية بلغتك من دون اية تكلفة.للتحدث مع مترجم اتصل ب 1-844-396-0189 (Arabic)

Si ou menm oswa yon moun w ap ede gen kesyon konsènan plan sante sa a, se dwa w pou resevwa asistans ak enfòmasyon nan lang ou pale a, san ou pa gen pou peye pou sa. Pou pale avèk yon entèprèt, rele nan 1-844-398-6232. (French/Haitian Creole)

Si vous, ou quelqu'un que vous êtes en train d'aider, avez des questions à propos de ce plan médical, vous avez le droit d'obtenir gratuitement de l'aide et des informations dans votre langue. Pour parler à un interprète, appelez le 1-844-396-0190. (French)

Jeśli Ty lub osoba, której pomagasz, macie pytania odnośnie planu ubezpieczenia zdrowotnego, masz prawo do uzyskania bezpłatnej informacji i pomocy we własnym języku. Aby porozmawiać z tłumaczem, zadzwoń pod numer 1-844-396-0186. (Polish)

Se você, ou alguém a quem você está ajudando, tem perguntas sobre este plano de saúde, você tem o direito de obter ajuda e informação em seu idioma e sem custos. Para falar com um intérprete, ligue para 1-844-396-0182. (Portuguese)

Se tu o qualcuno che stai aiutando avete domande su questo piano sanitario, hai il diritto di ottenere aiuto e informazioni nella tua lingua gratuitamente. Per parlare con un interprete, puoi chiamare 1-844-396-0184. (Italian)

あなた、またはあなたがお世話をされている方が、この健康保険 についてご質問がございましたら、ご希望の言語でサポートを受けたり、情報を入手したりすることができます。料金はかかりません。通訳とお話される場合、1-844-396-0185 までお電話ください。 (Japanese)

Falls Sie oder jemand, dem Sie helfen, Fragen zu diesem Krankenversicherungsplan haben bzw. hat, haben Sie das Recht, kostenlose Hilfe und Informationen in Ihrer Sprache zu erhalten. Um mit einem Dolmetscher zu sprechen, rufen Sie bitte die Nummer 1-844-396-0191 an. (German)

اگر شما یا فردی که به او کمک می کنید سؤالاتی در باره‌ی این برنامه‌ی بهداشتی داشته باشید، حق این را دارید که کمک و اطلاعات به زبان خود را به طور رایگان دریافت کنید. برای صحبت کردن با مترجم، لطفاً با شماره‌ی 1-844-398-6233 تماس حاصل نمایید. (Persian-Farsi)

Ni da doodago t'áá háída bíká'aná nílwo'ígíí díí Béeso Ách'ąąh naa'nilígi háá'ída yí na' ídíł kidgo, nihá'áhóót'i' nihí ká'a'doo wołgo kwii ha'át'íshį́ bí na'ídołkidígi doo bik'é'azláagóó. Ata' halne'é ła' bich'į' ha desdzih nínízingo, kojį' béésh bee hólne' 1-844-516-6328. (Navajo)