



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).

Ventajas del Plan médico de compensación fija

- Cubre los gastos médicos diarios
- Satisface la cobertura individual obligatoria
- Puede ser elegible para recibir un subsidio del intercambio de seguros de salud
- Opciones de plan dental, de la vista, seguro de vida y de discapacidad a corto plazo



Ventajas del Plan MEC Wellness/Preventive

- Cubre los gastos médicos diarios
- Satisface la cobertura individual obligatoria
- Puede ser elegible para recibir un subsidio del intercambio de seguros de salud
- Opciones de plan dental, de la vista, seguro de vida y de discapacidad a corto plazo



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.

Políticas para los empleados de empleadores de California: Para registrarse en el Beneficio médico de compensación fija, usted debe estar registrado en la cobertura médica principal.

ESTE PLAN MÉDICO DE COMPENSACIÓN FIJA ES UN SUPLEMENTO DEL SEGURO DE SALUD. NO ES UN SUBSTITUTO DE LOS BENEFICIOS DE SALUD ESENCIALES NI DE LA COBERTURA ESENCIAL MÍNIMA, COMO LA DEFINE LA LEY LLAMADA "AFFORDABLE CARE ACT" (ACA).

Los planes médico de compensación fija, de recetas médicas, dental y de la vista y el seguro de pérdida de la vida, de un miembro o de la vista por accidente, 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 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 específico 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.

FORMULARIO DE REGISTRO

A. INFORMACIÓN REQUERIDA DEL EMPLEADO

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

Nombre	Teléfono		
# de Seguro Social	Fecha de nacimiento / /	Sexo <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

Usted **DEBE** seleccionar un nivel de cobertura antes de añadir ningún beneficio de la Sección C. Su nivel de cobertura será idéntica para cada beneficio de la Sección C. Estos planes tienen el aval de BCS Insurance Company y 4 Ever Life Insurance Company.

SELECCIONE NIVEL DE COBERTURA	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"/>	\$22.76	\$5.40	\$2.42	\$0.60	\$4.20
Empleado + Hijo(s) <input type="checkbox"/>	\$37.78	\$14.58	\$6.54	\$0.90	
Empleado + Esposa/o <input type="checkbox"/>	\$43.24	\$10.80	\$4.84	\$0.90	
Empleado + Familia <input type="checkbox"/>	\$57.58	\$20.52	\$9.20	\$1.80	
NO a TODOS los beneficios <input type="checkbox"/>	<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	<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 pérdida de la vida, de un miembro o de la vista por accidente. El seguro por pérdida de la vida, de un miembro o de la vista por accidente es parte del beneficio del plan médico de compensación fija.

Nombre _____ Relación _____

D. INFORMACIÓN REQUERIDA SOBRE LOS DEPENDIENTES

Nombre	# de Seguro Social	Nacimiento / /	Sexo <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 / /	Sexo <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 / /	Sexo <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

82941200-M-AFU

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. Este plan satisface la cobertura individual obligatoria de la reforma federal de la salud. Esta es una oferta de cobertura que cumple con la ACA y, al comprar este plan, no le cobrarán impuestos por no comprar el seguro requerido por la ley llamada Affordable Care Act. El Beneficio de MEC Wellness/Preventive Benefit **NO** está avalado por BCS Insurance Company. Es un beneficio que ofrece y que provee su empleador. 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**

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	\$100 diarios	Atención estándar	\$300 diarios
Diagnóstico (laboratorio)	\$75 diarios	Máximo en la unidad de cuidados intensivos ⁴	\$400 diarios
Diagnóstico (rayos X)	\$200 diarios	Cirugía internado	\$2,000 diarios
Servicios de ambulancia	\$300 diarios	Anestesiología	\$400 diarios
Terapia física, del habla y ocupacional	\$50 diarios	Enfermeras especializadas ⁵	\$100 diarios
Beneficio de sala de emergencia - Por enfermedad	\$200 diarios	Primera admisión al hospital (1 por año)	\$250
Beneficio de sala de emergencia - Por accidente ²	\$500 diarios	Máximo anual para servicios internos ⁶	No hay límite
Cirugía en servicios externos	\$500 diarios	Pérdida de la vida, de un miembro o de la vista por accidente	
Anestesiología	\$200 diarios	Empleado/Esposa/o	\$20,000
Máximo anual para servicios externos	\$2,000	Dependientes (de 6 meses a 26 años)	\$5,000
Recetas médicas ³		Dependiente (de 15 días a 6 meses)	\$2,500
Máximo anual	\$600	Atención para el bienestar	
Copago por medicinas genéricas/de marca	\$10/\$50	Atención para el bienestar (una vez al año)	\$100


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 no está sujetos al máximo por servicios externos ⁴ se paga además del beneficio para atención estándar ⁵ por centros especializados tras la hospitalización ⁶ Con sujeción a los límites internos del plan


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, puentes, endodoncia y dentaduras postizas			

BENEFICIO DE LA VISTA ¹	En Red	Fuera de la Red	
	Tu pagas	El plan paga	Tu pagas
 Examen de la vista para anteojos ² (incluyendo dilatación)	\$10 Copago	100%	\$35
Opciones del Examen (ajuste de lentes de contacto estándar o premium)	Hasta \$55 o 10% del precio de venta	\$0	\$0
Armazones ³	80%, después \$110 descuento	\$110, más el 20% de permanecer	\$55
Prueba de lentes de contacto estándar (visión regular, bifocales, o trifocales) ²	\$25 Copago	100%	\$25-\$55
Opciones de Lentes	\$15-\$45 o 20% descuento	100% o 20% descuento	\$0
Lentes de contacto (Convencional) ²	\$0 Copago, 85% de los restantes	\$110, más el 15% de permanecer	\$88
Lentes Desechables ²	\$0 Copago	\$110, más el saldo	\$88
Lentes de contacto médicamente necesarios ²	\$0 Copago	100%	\$200

¹ Para información sobre el beneficio de la vista, que incluye servicios premium, visite www.essentialstaffcare.com/vision ² Cada 12 meses ³ Cada 24 meses

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

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 hasta 26 semanas

BENEFICIO OPCIONAL DE MEC WELLNESS/PREVENTIVE ¹			Número de póliza	82941200-M-AFU
 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
15 Servicios preventivos para adultos	100%	40%	Solo empleado	\$58.19
22 Servicios preventivos para mujeres	100%	40%	Empleado + Hijo(s)	\$65.79
26 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.

PRIMA SEMANAL PARA LA COMPENSACIÓN	Plan médico	Plan dental	Vista	Seguro de vida	STD
Solo empleado	\$22.76	\$5.40	\$2.42	\$0.60	\$4.20
Empleado + Hijo(s)	\$37.78	\$14.58	\$6.54	\$0.90	-
Empleado + Esposa/o	\$43.24	\$10.80	\$4.84	\$0.90	-
Empleado + Familia	\$57.58	\$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).

BENEFICIO DE COMPENSACIÓN FIJA PARA LA PÉRDIDA DE LA VIDA, DE UN MIEMBRO O DE LA VISTA POR ACCIDENTE O POR CUESTIONES MÉDICAS

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; o
- En relación con el beneficio de la pérdida de la vida, de un miembro o de la vista por accidente, no se pagarán beneficios por enfermedades físicas o mentales, ni por tratamientos médicos o quirúrgicos para dicha enfermedad, ni para infecciones bacterianas o virales sin importar cómo se contrajeron. Esto no incluye infecciones bacteriales que sean consecuencia natural y previsible de una lesión física accidental o la ingestión accidental de alimentos tóxicos.

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.

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.

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.

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

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.

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 todas/algunas de sus deducciones a su cheque de pago antes de descontarle los impuestos. Llame al departamento de Servicio al cliente al 1-866-798-0803 y un representante le ayudará a identificar las deducciones que se toman **antes 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.