

# BENEFICIOS PARA LOS ASOCIADOS EN EL 2022

EMPLOYBRIDGE®

ResourceMFG • ProLogistix • ProDrivers • Select Staffing  
RemX • Remedy Intelligent Staffing • Weststaff  
Decca Energy • Staffing Solutions • Personnel One  
Medical Solutions • Resource Accounting

## PERIODO DE INSCRIPCIÓN ABIERTA

## AHORA ES SU OPORTUNIDAD DE INSCRIBIRSE

### SUS OPCIONES DE COBERTURA

Valoramos las aportaciones de nuestros asociados 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 2022

##### Costo más bajo para la mayoría de los planes

- Med Enhanced Plus
- Med Advantage Plus
- Med Basic
- Dental
- Visión
- Discapacidad a corto plazo
- Seguro de vida

### 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 asociados

## PERIODO DE INSCRIPCIÓN 2022: Lunes 8 de noviembre - Viernes 19 de noviembre del 2021

## FECHA DE INICIO DE COBERTURA: Lunes 27 de diciembre del 2021

Si actualmente se encuentra inscrito, su cobertura continuará durante 2022, a menos que realice un cambio durante el periodo de inscripción. Las deducciones para la cobertura comienzan la semana del 20 de diciembre del 2021.

### INSCRÍBASE AHORA

En línea: [www.TheAmericanWorker.com](http://www.TheAmericanWorker.com)

Disponible en cualquier momento

Teléfono: (877) 220-1862

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

Dispositivo móvil:

Envíe Staff2022 por texto al (855) 932-4533

Disponible en cualquier momento

### Inscríbese en línea...

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

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

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

Haga clic en "Continuar" (Continue) para inscribirse usted e inscribir a sus dependientes

*Nota: Los usuarios nuevos deberán crear una cuenta antes de inscribirse*

# 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 asociado	\$16.77**	\$3.23	\$20.00**	\$15.97	\$29.53**
Asociado y cónyuge	\$28.10**	\$4.16	\$32.26**	\$38.59	\$70.55**
Asociado e hijo(s)	\$28.22**	\$4.26	\$32.48**	\$46.57	\$69.95**
Asociado y familia	\$42.50**	\$4.60	\$47.10**	\$62.52	\$98.01**

\*\*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](http://www.FirstHealthLBP.com)

*Consejo: Cuando realice una cita, asegúrese de informarle a su proveedor que su cobertura incluye a la red First Health y corrobore que forme parte de la red.*

## Teladoc: Hable con un médico en cualquier momento de forma GRATUITA\*\*\*

Atención de calidad en minutos proporcionada por médicos matriculados en los EE. UU. las 24 horas del día los 365 días del año por teléfono, video en línea o aplicación móvil.

- Atención conveniente y efectiva sin costo.
- Los médicos pueden diagnosticar, atender, y, de ser necesario, recetar medicamentos.
- Evite atención de emergencia costosa o visitas a la sala de emergencia por situaciones no urgentes.

*Se requiere inscripción antes de su uso*

## DEDUCCIONES DE SUS BENEFICIOS Y CAMBIOS DURANTE EL AÑO

El costo de la cobertura es deducido de su cheque de pago antes de impuestos. Esto le ayuda a ahorrar dinero, debido a que las deducciones son procesadas antes de impuestos, las normas del IRS determinarán cuando usted pueda inscribirse, cambiar o cancelar durante el año.

Usted debe inscribirse cuando sea inicialmente elegible o durante la Inscripción abierta y la cobertura que elija permanecerá en vigencia durante todo el año. Si no lo hace, debe esperar hasta la próxima inscripción abierta para registrarse. Sin embargo, si experimenta un Evento de Vida que Califica (QLE) durante el año, usted podría ser elegible para inscribirse en una nueva cobertura, hacer cambios en la cobertura existente o cancelar su cobertura actual.

Los Eventos de vida que califican (QLE) incluyen, entre otros: Nacimiento, Adopción o custodia legal de un niño; matrimonio, divorcio o separación legal; muerte de un cónyuge o hijo; cambio de empleo de su cónyuge que afecta su cobertura de seguro.

Usted tiene 30 días a partir de la fecha de su QLE para llamar a The American Worker para hacer un cambio. Si no lo hace, no podrá hacer cambios hasta la próxima inscripción abierta. Los cambios a la cobertura deben ser consistentes con el QLE y es posible que se requiera documentación.

# MED BASIC - PUNTOS PRINCIPALES DEL PLAN

El Plan Med Basic ofrece cobertura para servicios de atención médica básicos debido a un accidente o enfermedad. El plan cubre un monto fijo por día por los servicios cubiertos. El plan cubre en forma adicional a otra cobertura, lo que puede ayudarlo a compensar sus gastos al recibir tratamiento.

El Plan Med Basic le ofrece cobertura tanto dentro como fuera de First Health Network. Consultar a un proveedor de First Health Network puede reducir sus costos. El plan también incluye Teladoc y descuentos en medicamentos recetados para ayudarlo a ahorrar en sus gastos médicos.

RESUMEN DE LA COBERTURA	MED BASIC
First Health Network	Incluido - Consulte la página 2 para mayores detalles
Visita a su Médico de cabecera Visita a un Especialista	El plan cubre \$100 por día, 6 días por persona por año
Teladoc	Acceso a los médicos por teléfono o por Internet en cualquier momento de <i>forma gratuita</i> Se requiere inscripción antes de su uso - Consulte la página 2 para mayores detalles
Análisis de laboratorio para pacientes ambulatorios	El plan cubre \$75 por día de prueba, 3 días por persona por año
Radiografías para pacientes ambulatorios	El plan cubre \$200 por día de prueba, 3 días por persona por año
Estudios especializados para pacientes ambulatorios	El plan cubre \$300 por día de prueba, 3 días por persona por año
Atención por lesiones accidentales	El plan cubre un máximo de \$300 por evento
Indemnización por cirugía	
Paciente hospitalizado diario	El plan cubre \$1,000 por día, 1 día por persona por año
Paciente ambulatorio diario	El plan cubre \$500 por día
Paciente ambulatorio diario menor	El plan cubre \$100 por día
Máximo beneficio para paciente ambulatorio	1 día por persona por año
Anestesia	El plan cubre el 30% del beneficio por cirugía
Indemnización diaria por hospitalización	El plan cubre \$100 por día, por un máximo de 500 días de por vida
Admisión hospitalaria ( <i>En un solo pago</i> )	El plan cubre \$500 por hospitalización
Unidad de terapia intensiva	El plan cubre \$200 por día, 30 días por persona por año
Abuso de sustancias	El plan cubre \$50 por día, 30 días por persona por año
Padecimiento mental	El plan cubre \$50 por día, 30 días por persona por año
Cuidado de enfermería especializado	El plan cubre \$50 por día, 60 días por persona por estadía
Cobertura para medicamentos recetados	AWP Value Rx - Consulte más abajo para mayores detalles

TARIFAS SEMANALES	
Solo asociado	\$16.77*
Asociado y cónyuge	\$28.10*
Asociado e hijo(s)	\$28.22*
Asociado y familia	\$42.50*

\*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 CerpasRx

Este programa está diseñado para ofrecer ahorros primordiales en medicamentos recetados ayudándolo a identificar opciones accesibles.

- Seleccione medicamentos genéricos y de marca disponibles por \$10, \$20, \$50 o menos
- Medicamentos genéricos y de marca no seleccionados se encuentran disponibles con descuento
- Más de 70,000 farmacias participantes en todo el país. Para encontrar una farmacia, visite [www.AWPValueRx.com](http://www.AWPValueRx.com).

El AWP Value Rx es un programa de descuentos independiente a un seguro.

Notas: El Plan Med Basic (a) no es un sustituto de la cobertura médica mínima esencial conforme a la Ley de Cuidado de Salud Accesible (Affordable Care Act (ACA)), y (b) no califica como cobertura médica mínima esencial conforme a la ACA.

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

# MED ADVANTAGE & MED ADVANTAGE PLUS

## PUNTOS PRINCIPALES DEL PLAN

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

El Plan Med Advantage sólo cubre servicios preventivos. No ofrece cobertura por enfermedad ni accidentes.

El Plan Med Advantage Plus ofrece cobertura para el tratamiento de enfermedades y accidentes, como consultas médicas en consultorio, laboratorio, radiografías, cirugías, hospitalizaciones y más. También incluye descuentos en medicamentos recetados.

RESUMEN DE LA COBERTURA	MED ADVANTAGE
First Health Network	Requerido - Consulte la página 2 para mayores detalles
Atención preventiva*	El plan cubre el 100% de todos los Servicios de Atención Preventiva de la ACA Consulte la página 6 para acceder la lista de los Servicios de Atención Preventiva Cubiertos

RESUMEN DE LA COBERTURA	MED ADVANTAGE PLUS
First Health Network	Requerido - Consulte la página 2 para mayores detalles
Atención preventiva*	El plan cubre el 100% de todos los Servicios de Atención Preventiva de la ACA Consulte la página 6 para acceder la lista de los Servicios de Atención Preventiva Cubiertos
Visita a su Médico de cabecera Visita a un Especialista	El plan cubre \$100 por día, 6 días por persona por año
Teladoc	Acceso a los médicos por teléfono o por Internet en cualquier momento de <b>forma gratuita</b> Se requiere inscripción antes de su uso - Consulte la página 2 para mayores detalles
Análisis de laboratorio para pacientes ambulatorios	El plan cubre \$75 por día de prueba, 3 días por persona por año
Radiografías para pacientes ambulatorios	El plan cubre \$200 por día de prueba, 3 días por persona por año
Estudios especializados para pacientes ambulatorios	El plan cubre \$300 por día de prueba, 3 días por persona por año
Atención por lesiones accidentales	El plan cubre un máximo de \$300 por evento
Indemnización por cirugía	
Paciente hospitalizado diario	El plan cubre \$1,000 por día, 1 día por persona por año
Paciente ambulatorio diario	El plan cubre \$500 por día
Paciente ambulatorio diario menor	El plan cubre \$100 por día
Máximo beneficio para paciente ambulatorio	1 día por persona por año
Anestesia	El plan cubre el 30% del beneficio por cirugía
Indemnización diaria por hospitalización	El plan cubre \$100 por día, por un máximo de 500 días de por vida
Admisión hospitalaria ( <i>En un solo pago</i> )	El plan cubre \$500 por hospitalización
Unidad de terapia intensiva	El plan cubre \$200 por día, 30 días por persona por año
Abuso de sustancias	El plan cubre \$50 por día, 30 días por persona por año
Padecimiento mental	El plan cubre \$50 por día, 30 días por persona por año
Cuidado de enfermería especializado	El plan cubre \$50 por día, 60 días por persona por estadía
Cobertura para medicamentos recetados	AWP Value Rx - Consulte más abajo para mayores detalles

\*DEBE visitar a un proveedor de First Health Network para que los servicios queden cubiertos. Los servicios de proveedores externos NO están cubiertos.

TARIFAS SEMANALES	MED ADVANTAGE	MED ADVANTAGE PLUS
Solo asociado	\$3.23	\$20.00**
Asociado y cónyuge	\$4.16	\$32.26**
Asociado e hijo(s)	\$4.26	\$32.48**
Asociado y familia	\$4.60	\$47.10**

\*\*Las tarifas incluyen un cargo administrativo semanal de \$0.25

### AWP Value Rx - Proporcionado por CerpassRx

Este programa está diseñado para ofrecer ahorros primordiales en medicamentos recetados ayudándolo a identificar opciones accesibles.

- Seleccione medicamentos genéricos y de marca disponibles por \$10, \$20, \$50 o menos
- Medicamentos genéricos y de marca no seleccionados se encuentran disponibles con descuento
- Más de 70,000 farmacias participantes en todo el país. Para encontrar una farmacia, visite [www.AWPValueRx.com](http://www.AWPValueRx.com).

El AWP Value Rx es un programa de descuentos independiente a un seguro.

Notas: El Plan Med Advantage Plus no se encuentra disponible para los habitantes de New Hampshire o Vermont. Los beneficios varían para los habitantes de Washington. Los Planes Med Advantage y Med Advantage Plus no cumplen con los requisitos de cobertura estatal de Massachusetts.

# MED ENHANCED & MED ENHANCED PLUS

## PUNTOS PRINCIPALES DEL PLAN

Ambos planes brindan cobertura dentro de la red para visitas al Doctor, Laboratorios, Radiografías, Servicios Preventivos obligatorios por ACA, y Prescripciones de medicamentos genéricos.

El Plan Med Enhanced Plus ofrece cobertura por accidentes, cirugías, hospitalizaciones y más.

RESUMEN DE LA COBERTURA	MED ENHANCED
First Health Network	Requerido - <i>Consulte la página 2 para mayores detalles</i>
Atención preventiva*	El plan cubre el 100% de todos los Servicios de Atención Preventiva de la ACA Consulte la página 6 para acceder la lista de los Servicios de Atención Preventiva Cubiertos
Visita a su Médico de cabecera*	Usted cubre \$10 por consulta, 6 consultas por persona por año
Visita a un Especialista*	Usted cubre \$75 por consulta, 1 consulta por persona por año
Teladoc	Acceso a los médicos por teléfono o por Internet en cualquier momento de <i>forma gratuita</i> Se requiere inscripción antes de su uso - <i>Consulte la página 2 para mayores detalles</i>
Análisis de laboratorio y radiografías para pacientes ambulatorios*	Usted cubre \$20 por consulta, 6 consultas por persona por año
Cobertura para medicamentos recetados	CerpassRx - <i>Consulte más abajo</i>

RESUMEN DE LA COBERTURA	MED ENHANCED PLUS
First Health Network	Requerido - <i>Consulte la página 2 para mayores detalles</i>
Atención preventiva*	El plan cubre el 100% de todos los Servicios de Atención Preventiva de la ACA Consulte la página 6 para acceder la lista de los Servicios de Atención Preventiva Cubiertos
Visita a su Médico de cabecera*	Usted cubre \$10 por consulta, 6 consultas por persona por año
Visita a un Especialista*	Usted cubre \$75 por consulta, 1 consulta por persona por año
Teladoc	Acceso a los médicos por teléfono o por Internet en cualquier momento de <i>forma gratuita</i> Se requiere inscripción antes de su uso - <i>Consulte la página 2 para mayores detalles</i>
Análisis de laboratorio y radiografías para pacientes ambulatorios*	Usted cubre \$20 por consulta, 6 consultas por persona por año
Estudios especializados para pacientes ambulatorios	El plan cubre \$300 por día de prueba, 3 días por persona por año
Atención en la sala de emergencia	El plan cubre \$150 por día, 2 días por persona por año
Atención por lesiones accidentales	El plan cubre un máximo de \$1,000 por evento
Indemnización por cirugía	
Paciente hospitalizado diario	El plan cubre \$2,000 por día, 1 día por persona por año
Paciente ambulatorio diario	El plan cubre \$1,000 por día
Paciente ambulatorio diario menor	El plan cubre \$200 por día
Máximo beneficio para paciente ambulatorio	1 día por persona por año
Anestesia	El plan cubre el 30% del beneficio por cirugía
Indemnización diaria por hospitalización	El plan cubre \$600 por día, por un máximo de 500 días de por vida
Admisión hospitalaria ( <i>En un solo pago</i> )	El plan cubre \$1,000 por hospitalización
Unidad de terapia intensiva	El plan cubre \$1,200 por día, 30 días por persona por año
Abuso de sustancias	El plan cubre \$300 por día, 30 días por persona por año
Padecimiento mental	El plan cubre \$300 por día, 30 días por persona por año
Cuidado de enfermería especializado	El plan cubre \$300 por día, 60 días por persona por estadía
Cobertura para medicamentos recetados	CerpassRx - <i>Consulte más abajo</i>

\**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 asociado	\$15.97	\$29.53**
Asociado y cónyuge	\$38.59	\$70.55**
Asociado e hijo(s)	\$46.57	\$69.95**
Asociado y familia	\$62.52	\$98.01**

\*\*Las tarifas incluyen un cargo administrativo semanal de \$0.25

### CerpassRx

Efectiva y confiable cobertura por medicamentos recetados con una amplia red de más de 70,000 farmacias participantes de todo el país.

- Medicamentos genéricos: \$10 de copago
- Medicamentos de marca: Descuentos
- Para encontrar una farmacia, visite [www.CerpassRx.com](http://www.CerpassRx.com).

Notas: El Plan Med Enhanced Plus no se encuentra disponible para los habitantes de New Hampshire ni Vermont.

Los Planes Med Advantage y Med Advantage Plus no cumplen con los requisitos de cobertura estatal de Massachusetts.

# BENEFICIO DE CUIDADOS PREVENTIVOS

## DESCRIPCIÓN DE LOS SERVICIOS CUBIERTOS

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

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

El Grupo de Trabajo sobre Servicios Preventivos de los Estados Unidos (U.S. Preventive Services Task Force) actualiza periódicamente la lista y establece los requisitos, como la edad, el género y el estado de salud para que los servicios sean cubiertos. Para acceder a una lista actualizada de todos los requisitos, visite [www.healthcare.gov/preventive-care-benefits](http://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](http://www.FirstHealthLBP.com).

*Usted DEBE visitar a un proveedor de First Health Network para que los servicios queden cubiertos. Los servicios de proveedores externos NO están cubiertos.*

### Adultos

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

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

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

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

### Mujeres, incluyendo las embarazadas o las que podrían quedar embarazadas

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

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

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

### Niños

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

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

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

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

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

## DENTAL (Proporcionado por Ameritas Life Insurance Corp.)

Mantenga una sonrisa brillante y saludable mientras protege su bienestar general con una cobertura dental accesible. Puede usar cualquier proveedor, pero tener acceso a una red dental para reducir los costos fuera de su presupuesto.

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

TARIFAS SEMANALES	
Solo asociado	\$4.26
Asociado y cónyuge	\$10.66
Asociado e hijo(s)	\$7.67
Asociado y familia	\$11.52

**PARA ENCONTRAR UN PROVEEDOR**  
Llame al (800) 659-2223 y seleccione la opción 3  
Visite [www.Ameritas.com](http://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.

<b>Deducibles</b>	Usted cubre \$10 por examen y \$25 por marcos y lentes de cristal para ojos <sup>1</sup>	
<b>Frecuencia</b> Examen / Lentes / Marco	Sobre la base de la fecha de servicio 12 meses / 12 meses / 24 meses	
<b>SERVICIOS CUBIERTOS</b>	<b>VSP CHOICE NETWORK</b>	<b>FUERA DE LA RED</b>
<b>Exámen de la vista anual</b>	Cubierto en su totalidad	VSP cubre hasta \$45
<b>Lentes (por par)</b> Visión individual / Bifocal Trifocal / Lenticular	Cubierto en su totalidad Cubierto en su totalidad	VSP cubre Hasta \$30 / Hasta \$50 Hasta \$65 / Hasta \$100
<b>Lentes de contacto</b> Exámenes de ajuste y seguimiento	15% de descuento	VSP no cubre beneficios
Electivo	VSP cubre hasta \$120	VSP cubre hasta \$105
Medicamento necesario	Cubierto en su totalidad	VSP cubre hasta \$210
<b>Armazones</b>	VSP cubre hasta \$120 <sup>2</sup>	VSP cubre hasta \$70

TARIFAS SEMANALES	
Solo asociado	\$1.86
Asociado y cónyuge	\$3.68
Asociado e hijo(s)	\$3.43
Asociado y familia	\$5.24

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

**PARA ENCONTRAR UN PROVEEDOR**  
Llame al (800) 877-7195  
Visite [www.Ameritas.com](http://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.

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

La cobertura incluye discapacidad debido a embarazo y parto.

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

TARIFAS SEMANALES	
Solo asociado	\$3.47**

\*\*Las tarifas son diferentes para los habitantes de Washington

## SEGURO DE VIDA Y POR MUERTE ACCIDENTAL Y DESMEMBRAMIENTO\*

El seguro de vida puede ayudar a sus seres queridos durante tiempos difíciles. Este beneficio ofrece dinero en efectivo que podría ayudar a su familia en caso de que usted falleciera. Inscríbase en este beneficio para proteger el futuro de quienes más dependen de usted.

<b>Seguro de vida y por muerte accidental y desmembramiento</b> Asociado	El plan cubre \$20,000
<b>Seguro de vida para dependientes</b> Cónyuge	El plan cubre \$2,500
Hijo (6 meses- 26 años)	El plan cubre \$1,250
Niños pequeños (10 días- 6 meses)	El plan cubre \$200

TARIFAS SEMANALES	
Solo asociado	\$0.54**
Asociado y cónyuge	\$0.81**
Asociado e hijo(s)	\$0.81**
Asociado y familia	\$1.62**

\*\*Las tarifas son diferentes para los habitantes de Washington

\*El seguro por discapacidad a corto plazo y de vida y por muerte accidental y desmembramiento que ofrece Nationwide Life Insurance Company no se encuentra disponible para los habitantes de New Hampshire ni Vermont.

# INSTRUCCIONES DE INSCRIPCIÓN

Para su comodidad, puede inscribirse por Internet, por teléfono o por dispositivo móvil. Si tiene dudas respecto a los beneficios, llame al centro de inscripciones.

**PERIODO DE INSCRIPCIÓN 2022: Lunes 8 de noviembre - Viernes 19 de noviembre del 2021**

**FECHA DE INICIO DE COBERTURA: Lunes 27 de diciembre del 2021**

## Inscríbese en línea:

Visite [www.TheAmericanWorker.com](http://www.TheAmericanWorker.com)

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

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

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

Haga clic en “Continuar” (Continue) para inscribirse usted y a sus dependientes

*Nota: Los usuarios nuevos deberán crear una cuenta antes de inscribirse*

## Inscríbese por teléfono:

Llame al (877) 220-1862

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

## Inscríbese por dispositivo móvil:

Envíe Staff2022 por texto al (855) 932-4533

## INFORMACIÓN NECESARIA PARA INSCRIBIRSE

**Asociado:** Nombre completo, número de seguridad social, fecha de nacimiento, dirección, número telefónico y dirección de correo electrónico

**Dependiente:** Nombre completo, número de seguridad social y fecha de nacimiento.

# INFORMACIÓN IMPORTANTE

## DEDUCCIONES DE PRIMAS ANTES DE IMPUESTOS (ARTÍCULO 125)

Las primas para su cobertura se deducen de su cheque de pago antes de impuestos. **Al inscribirse usted acepta lo siguiente:**

Por este medio, yo elijo participar en el Plan de The American Worker por los beneficios disponibles conforme a los Artículos 79, 105, 106, 125, del Código de Ingresos Internos y de las reformas de esos artículos. Entiendo que el Plan convertirá automáticamente al estatus antes de impuestos a las deducciones de cualquier cheque de pago que se presenten a través del Plan. Entiendo que al participar en este Plan, mis beneficios de seguridad social podrían reducirse, ya que dichas primas se deducirán antes de que se apliquen los impuestos a mi salario. Esta elección permanecerá vigente durante todo el Año del Plan. Mi elección NO PUEDE modificarse durante el Año del Plan de acuerdo a las normas del Servicio de Ingresos Internos, a menos que ocurra un evento calificador. Los eventos calificantes incluyen: matrimonio, divorcio, separación legal, fallecimiento del cónyuge, nacimiento o adopción legal de un niño, fallecimiento de un hijo, o cambio laboral de su cónyuge que afecte la cobertura del seguro.

## PAGO DE SUS BENEFICIOS

Su cobertura seguirá sin interrupciones mientras sus pagos sean deducidos de su cheque de pago. Si usted recibe un cheque de pago y no hay una deducción, sus beneficios se interrumpirán hasta el lunes posterior a la fecha en la que reciba su siguiente cheque de pago y que hubiere una deducción, a menos que usted pague la deducción omitida. Para evitar la suspensión de la cobertura, usted deberá realizar el pago omitido de la prima cada vez que no se procese una deducción de su cheque de pago.

## PAGO DE LA PRIMA OMITIDA

Tiene 30 días a partir de la fecha del cheque de pago en el que no se haya realizado una deducción para pagar la prima omitida. Si usted no paga omitida dentro de los 30 días, no podrá pagar por ese período de cobertura hasta una fecha posterior. Si usted omite una deducción y desea conocer el saldo, realizar un pago o autorizar pagos automáticos, visite [www.TheAmericanWorker.com](http://www.TheAmericanWorker.com) o llame al (877) 220-1862.

Usted puede pagar las deducciones omitidas en línea, por teléfono o por correo. Las opciones de pago incluyen tarjetas de crédito/débito, cheque personal y giro bancario. Usted puede autorizar que el pago se procese de manera automática cada vez que no se deduzca la prima de su cheque de pago.

**IMPORTANTE: Si usted configura los pagos automáticos, usted es responsable de contactar The American Worker para cancelar el pago automático una vez que su empleo haya finalizado. De lo contrario, la cobertura se cobrará de su cuenta y usted NO recibirá ningún reembolso.**

## CANCELACIÓN DE LA COBERTURA POR FALTA DE PAGO

Si usted no realiza sus pagos u omite sus deducciones durante seis semanas consecutivas, su cobertura será cancelada por falta de pago. Revise su cheque cada día de pago para asegurarse de que su prima se está deduciendo. Para evitar la cancelación de la cobertura por falta de pago, le sugerimos que realice cualquier pago omitido inmediatamente.

# ACLARACIONES

Esta guía de inscripción ofrece un resumen general de algunos de los planes de beneficios a los que usted puede ser elegible como asociado de Employbridge. Si existe alguna discrepancia entre la información de esta guía y el documento oficial del plan aplicable, se deberá regir por los beneficios determinados en el documento oficial del plan elegido regirá la manera en que sus beneficios son determinados y administrados. Employbridge, a su entera discreción, se reserva el derecho de modificar o anular los planes de beneficios descritos en esta guía en cualquier momento.

## EL PLAN MED BASIC

Este plan no es un seguro de salud completo y no está destinado o recomendado para reemplazar cualquier seguro médico completo en el que usted esté actualmente participando o tenga la intención de participar. El plan ofrece beneficios fijos de seguro de indemnización. Esta guía de inscripción es solo para fines informativos. Los beneficios del seguro del Plan Med Basic están garantizados por Nationwide Life Insurance Company. Un Certificado de Cobertura detallado estará disponible al momento de la inscripción. **Se aplican limitaciones y exclusiones.**

**El Plan Med Basic (a) no es un sustituto de la cobertura médica mínima esencial conforme a la Ley de Cuidado de Salud Accesible (Affordable Care Act (ACA)), y (b) no califica como cobertura médica mínima esencial conforme a la ACA.**

## LOS PLANES MED ADVANTAGE, MED ADVANTAGE PLUS, MED ENHANCED Y MED ENHANCED PLUS

Estos planes están diseñados para ofrecer a los Participantes del Plan la cobertura mínima esencial conforme a las normas del impuesto sobre los ingresos federales. Las personas que no se inscriban en estos planes podrían ser elegibles para recibir un crédito de impuesto federal que reduce su prima mensual o una reducción en cierta participación de los costos si se inscriben en un plan de seguro médico a través de un intercambio estatal o federal. Las personas que se inscriban en estos planes podrían no ser elegibles para un crédito tributario federal a través de un intercambio federal o estatal mientras estén inscritos en estos planes.. **Estos planes no ofrecen un seguro médico completo. Se aplican limitaciones y exclusiones.**

Puede acceder a una copia del Resumen de Beneficios y Cobertura (SBC) para estos planes en línea en [www.TheAmericanWorker.com](http://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

© 2020 Teladoc, Inc. Todos los derechos reservados. Teladoc y el logo de Teladoc son marcas registradas de Teladoc, Inc. y su utilización queda prohibida sin previo permiso, expreso y escrito. Teladoc no está disponible en todos los estados. El uso de Teladoc no sirve para reemplazar a un médico de cabecera. Teladoc no garantiza que se vaya a recetar un medicamento en la consulta. Las operaciones de Teladoc están sujetas a las regulaciones estatales y puede que dichas operaciones no estén disponibles en ciertos estados. Teladoc no receta sustancias controladas por la DEA, medicamentos no terapéuticos u otros medicamentos que puedan considerarse perjudiciales debido a su potencial abuso. Los médicos de Teladoc se reservan el derecho a negar la atención debido a un potencial mal uso de los servicios. Arkansas y Delaware requieren consultas iniciales que se realizan a través de un video. Idaho exige que todas las consultas se realicen a través de videos.

## RESTRICCIONES ESTATALES

Los planes de beneficios descritos en esta guía no están disponibles en todos los estados. Las restricciones incluyen, pero no se limitan a lo siguiente.

**Massachusetts:** Los habitantes de Massachusetts son elegibles para los planes Med Basic, Med Advantage, Med Advantage Plus, Med Enhanced y Med Enhanced Plus, pero ninguno de esos planes cumple con los requisitos de seguro médico individual y no cumplen con el mandato individual de Massachusetts.

**New Hampshire y Vermont:** Los habitantes de New Hampshire y Vermont no son elegibles para los planes Med Basic, Med Advantage Plus, Med Enhanced Plus, y los planes de seguro por discapacidad a corto plazo, o seguro de vida y por muerte accidental y desmembramiento.

**Hawaii:** Los habitantes de Hawaii no son elegibles para ninguno de los planes de beneficios descritos en esta guía de inscripción.

# COBRA

## INTRODUCCIÓN

El derecho a la continuación de cobertura por COBRA fue creado bajo la legislación federal con la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria de 1985 (ley COBRA, por sus siglas en inglés). La continuación de cobertura por COBRA está a su disposición y a la de su familia si pierden la cobertura de salud grupal y no tiene acceso a ninguna otra. Para más información sobre sus derechos y obligaciones bajo el plan y la ley federal, revise el Resumen y descripción del plan que se le mandará por correo una vez se haya adscrito al plan.

## ¿QUÉ ES LA CONTINUACIÓN DE COBERTURA POR COBRA?

La continuación de cobertura por COBRA es la continuación de la cobertura de su plan cuando perdería todo tipo de cobertura debido a un acontecimiento en su vida contemplado como «evento calificado». A continuación, se listan eventos calificados específicos. La continuación de cobertura por COBRA ha de ofrecerse a cada persona que sea considerada un «beneficiario calificado» tras experimentar un evento elegible. Usted, su cónyuge y sus hijos dependientes podrían cumplir los requisitos como beneficiarios si pierden cobertura bajo su plan debido a uno de los eventos descritos a continuación. Bajo el plan, aquellos beneficiarios calificados que elijan la continuación de cobertura por COBRA deben abonar el precio de la continuación.

Si usted es un empleado, cumpliría los requisitos como beneficiario si perdiese cobertura debido a alguno de los siguientes eventos calificados:

- su empleo cesa por un motivo distinto a la conducta inapropiada grave por su propia parte

Si usted es el cónyuge o el compañero doméstico del mismo sexo de un empleado, cumpliría los requisitos como beneficiario si perdiese cobertura bajo el plan debido a alguno de los siguientes eventos calificados:

- su cónyuge o compañero doméstico del mismo sexo fallece
- las horas de empleo de su cónyuge o compañero doméstico del mismo sexo se ven reducidas
- el empleo de su cónyuge o compañero doméstico del mismo sexo cesa por un motivo que no se deba a la conducta inapropiada grave por parte de este
- su cónyuge o compañero doméstico del mismo sexo pasa a ser elegible para beneficios de Medicare (Partes A, B, o ambas)
- se divorcia o se separa legalmente de su cónyuge o compañero doméstico del mismo sexo

Los hijos dependientes cumplirían los requisitos como beneficiarios si perdiesen cobertura bajo el plan debido a alguno de los siguientes eventos calificados:

- el padre/madre/empleado fallece
- las horas de trabajo del padre/madre/empleado se ven reducidas
- el empleo del padre/madre/empleado cesa por cualquier motivo que no se deba a la conducta inapropiada grave por parte de este
- el padre/madre/empleado pasa a ser elegible para beneficios de Medicare (Partes A, B, o ambas)
- los padres se divorcian o se separan legalmente
- el hijo deja de cumplir los requisitos de cobertura estipulados bajo el plan para un “hijo dependiente”

## ¿CUÁNDO ESTÁ DISPONIBLE LA COBERTURA POR COBRA?

El plan ofrecerá la continuación de cobertura por COBRA a aquellos beneficiarios calificados únicamente cuando el Administrador del Plan haya sido notificado de que un evento calificado haya ocurrido.

Cuando el evento calificado sea: cese de empleo, reducción de horas de empleo, defunción del empleado, inicio de un procedimiento de quiebra con respecto al empleador o si el empleado pasa a ser elegible para beneficios de Medicare (bajo partes A, B, o ambas), el empleado está obligado a notificar al administrador del plan sobre el evento ocurrido.