

RESUMEN DE LOS BENEFICIOS LIMITADOS

BENEFICIOS MÉDICO DE COMPENSACIÓN FIJA

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

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

Beneficios para servicios externos ¹		Beneficios para servicios internos	
Consultas del doctor (Virtual o En persona)	\$120 diarios	Atención estándar	\$700 diarios
Diagnóstico (laboratorio)	\$200 diarios	Máximo en la unidad de cuidados intensivos ³	\$800 diarios
Diagnóstico (rayos X)	\$300 diarios	Cirugía internado	\$4,000 diarios
Servicios de ambulancia	\$300 diarios	Anestesia	\$800 diarios
Terapia física, del habla y ocupacional	\$75 diarios	Enfermeras especializadas ⁴	\$100 diarios
Beneficio de sala de emergencia—Por enfermedad	\$200 diarios	Primera admisión al hospital (1 por año)	\$375
Beneficio de sala de emergencia—Por accidente ²	\$1,000 diarios	Máximo anual para servicios internos ⁵	No hay límite
Cirugía en servicios externos	\$1,000 diarios	Recetas médicas (por reembolso)^{6, 7}	
Anestesia	\$400 diarios	Máximo anual	\$700
Máximo anual para servicios externos	\$2,300	Por Día	\$40
Atención para el bienestar			
Atención para el bienestar (una vez al año)	\$125		

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

BENEFICIOS DENTALES

Período de espera/Coseguro

Beneficio anual máximo

\$750

Deducible

\$50

 Cobertura A	Nada/ 100%	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
Opciones del Examen (ajuste de lentes de contacto estándar o premium)	Hasta \$55 o 10% del precio de venta	\$0	100%	hasta \$40
Armazones ²	\$0 Copago, 80%, después \$100 descuento	\$100, más el 20% de permanecer	100%	\$45
Prueba de lentes de contacto estándar (visión regular, bifocales, o trifocales) ¹	\$10 Copago	20% de descuento al por menor	100%	\$25-\$55
Opciones de Lentes	\$15 Copago	-	100%	\$0
Lentes de contacto (Convencional) ¹	\$0 Copago, 85% de los restantes	\$80, más el 15% de permanecer	100%	\$64
Lentes Desechables ¹	\$0 Copago	Subsidio de \$80	100%	\$0
Lentes de contacto médicamente necesarios ¹	\$0 Copago	100%	\$0	\$200

¹ Cada 12 meses ² Cada 24 meses 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

PRIMA PARA LA COMPENSACIÓN

	Plan médico	Plan dental	Vista	Seguro de vida	STD
Solo empleado	\$19.96	\$6.17	\$1.67	\$0.60	\$4.20
Empleado + 1	\$40.51	\$12.34	\$3.33	\$0.90	-
Empleado + Familia	\$54.09	\$20.36	\$5.28	\$1.80	-

Se descontarán las primas cada vez que se haga una deducción a su cheque de pago. Arriba se muestra la cantidad para las nóminas semanales; para otros ciclos de pago (cada 2 semanas, dos veces al mes, o mensuales) la cantidad que se deduzca se prorrateará basándose en las cantidades mensuales que se indican arriba. Por ejemplo: Cada dos semanas - el pago semanal se multiplicará por 52 y se dividirá entre 26; dos veces al mes - el pago semanal se multiplicará por 52 y se dividirá entre 24; mensual - el pago semanal se multiplicará por 52 y se dividirá entre 12.

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.

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 servicios o materiales relacionados o cargos causados por:

- Ortóptica o entrenamiento para la vista, elementos para la vista subnormal y pruebas suplementarias relacionadas;
- Lentes anisicónicas;
- Tratamiento médico y/o quirúrgico para la vista, los ojos o las estructuras de apoyo;
- Anteojos correctivos requeridos por un empleador como condición para el empleo, y anteojos de seguridad a menos que los especifique el Plan;
- Servicios provistos como resultado de las leyes de compensación de empleados;

- Lentes planos sin receta y lentes para el sol sin receta (excepto un 20% de descuento);
- Servicios o materiales provistos por otro grupo que da beneficios para la vista;
- Dos pares de lentes en lugar de bifocales.

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

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

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

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

Los planes médico de compensación fija, recetas, de la vista, Dental y de seguro por muerte accidental y pérdida de miembros no están disponibles para residentes de Hawái, New 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 están disponibles para personas que residen en California, Hawaii, New Jersey, New Hampshire, New York o Rhode Island.

Servicios para miembros:

Para ver las preguntas frecuentes e información sobre la red del Plan médico de compensación fija (Fixed Indemnity Medical Plan), visite <https://enrollment.care/info/bcs/ind>.

NOTA: Para hacer cambios o cancelar la cobertura llame al (800) 269-7783. Su código de pin para registrarse o hacer cambios es **140** + ____ (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.