



Formulario de registro del seguro de salud

Complete el formulario de registro para elegir o declinar la cobertura

- **DEBE** completar el Formulario de registro en el proceso de nuevos empleados
- **DEBE** elegir o declinar la cobertura médica en el Formulario de registro
- **DEBE firmar** en la parte inferior del formulario, aunque decline la cobertura
- Entregue el Formulario de registro al gerente de su sucursal
- Quédese con el paquete de información del plan y guárdelo en sus registros

TODA PERSONA QUE DELIBERADAMENTE PRESENTE UN RECLAMO FALSO O FRAUDULENTO PARA QUE LE PAGUEN UN BENEFICIO O UNA PÉRDIDA O QUE DELIBERADAMENTE PRESENTE INFORMACIÓN FALSA EN UNA SOLICITUD DE SEGURO SERÁ CULPABLE DE FRAUDE CONTRA LA ASEGURADORA Y SERÁ ENJUICIADA.



SAUNDERS STAFFING
PERSONNEL POOL OF VA
INCORPORATED

Este plan de beneficios de indemnización médica fija es un suplemento al seguro de salud. No es un sustituto de beneficios esenciales de salud o cobertura mínima esencial según lo definido por la ley federal de salud.

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

Los planes médicos/de recetas, dental y de la vista, y el seguro por 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 25.204, 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.

SAU ESC S P1D v14.1

INFORMACIÓN DEL EMPLEADO FORMULARIO DE REGISTRO
(Contestar completamente) PLAN 1

USE SÓLO TINTA NEGRA o AZUL
ESC S PID v14.1

Número de Seguro Social ____ - ____ - ____
Fecha de nacimiento ____/____/____ Sexo H M
Nombre _____
Dirección _____
Ciudad _____ Estado ____ Zip _____
Teléfono _____

¿Usted o sus dependientes tienen Medicare?

Sí No Si responde "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. _____
- 3. _____

SELECCIÓN DE BENEFICIOS Pagos semanales

PLAN MÉDICO



- \$22.76 Sólo empleado
- \$46.18 Empleado + Uno
- \$61.67 Empleado + Familia

NO a todos los beneficios.
Si marcó "No", ponga su firma y la fecha en la parte inferior del formulario.

Esta cobertura no esta disponible para los residentes de new Hampshire, Hawaii, o Puerto Rico.

DEBE registrarse en el Plan de seguro médico antes de agregar más beneficios. El nivel de cobertura de sus beneficios adicionales será idéntico a su selección de plan médico.

INFORMACIÓN REQUERIDA SOBRE LOS DEPENDIENTES

Nombre _____

Número de Seguro Social ____ - ____ - ____

Fecha de nacimiento ____/____/____ Sexo H M

Relación: Esposa/o Hijo/a Compañero/a doméstico/a

Nombre _____

Número de Seguro Social ____ - ____ - ____

Fecha de nacimiento ____/____/____ Sexo H M

Relación: Esposa/o Hijo/a Compañero/a doméstico/a

Nombre _____

Número de Seguro Social ____ - ____ - ____

Fecha de nacimiento ____/____/____ Sexo H M

Relación: Esposa/o Hijo/a Compañero/a doméstico/a

PLAN DENTAL



- SÍ** \$ 5.23 Sólo empleado
\$10.46 Empleado + Uno
- NO** \$17.26 Empleado + Familia

PLAN DE LA VISTA



- SÍ** \$2.35 Sólo empleado
\$4.00 Empleado + Uno
- NO** \$5.64 Empleado + Familia

SEGURO DE VIDA



- SÍ** \$0.60 Sólo empleado
\$0.90 Empleado + Uno
- NO** \$1.80 Empleado + Familia

DISCAPACIDAD A CORTO PLAZO



- SÍ** \$4.20 Sólo empleado
- NO** El seguro de discapacidad a corto plazo (STD) no está disponible para personas que trabajan en California, Hawaii, New Jersey, New York y Rhode Island.

INFORMACIÓN DEL BENEFICIARIO

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.

NOMBRE DEL BENEFICIARIO


RELACIÓN

El seguro por pérdida de la vida, de un miembro o de la vista por accidente es parte del plan médico.

Leí el paquete de beneficios y comprendo sus limitaciones. Entiendo que el registro sólo está disponible por un período limitado y entiendo que el no hacer una selección de beneficios equivale a rechazar la cobertura.

Firma

Fecha ____/____/____



PASO 1: DEBE completar la sección Información del empleado como parte el proceso de contratación de nuevos empleados.



Essential StaffCARE

Paquete de información del plan

Guárdelo en sus archivos.




PASO 2: DEBE Aceptar o Declinar la cobertura.

NOTA: Su Compañía decidió tomar sus deducciones después de descontarle los impuestos.

Servicios para miembros:

Departamento de 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, 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 disponibles.
- Los miembros pueden visitar la página www.paisc.com y hacer click en “Your Plan” e ingrese su número de grupo.



PASO 3: DEBE firmar y poner la fecha aquí.
Aunque decline la cobertura.

PREGUNTAS FRECUENTES

¿Como me registro?

Es muy facil registrarse en el plan de Essential StaffCARE. Para registrarse, complete el Formulario de registro de Essential StaffCARE y entregueselo al gerente.

¿Cuando me puedo registrar en el plan?

Cómo empleado de tiempo completo y/o de tiempo parcial, usted puede registrarse en el programa de Essential StaffCARE en los 30 días siguientes a la fecha de su contratación o de la fecha de su primer cheque de pago y en el período de registro anual de 30 días de su empleador. Si no se registra en uno de estos períodos, tendrá que esperar hasta el siguiente período de registro anual a menos que tenga un evento de vida calificado. Para registrarse tiene 30 días a partir de la fecha del evento de vida calificado. Junto con el formulario de registro, debe presentar una prueba del evento.

¿Qué es un evento de vida calificado?

Un evento de vida calificado se define como un cambio en su estatus debido a los siguientes casos:

- Matrimonio o divorcio
- Nacimiento o adopción de un niño
- Despido
- Muerte de un familiar inmediato
- Elegibilidad para Medicare
- Bancarrota del empleador
- Pérdida del estatus de dependiente
- Pérdida de la cobertura anterior

Además, usted puede solicitar un registro especial (para usted, su esposa/o y/o sus dependientes elegibles) en los 60 días a partir (1) de la pérdida de la cobertura bajo Medicaid o bajo un Programa estatal de seguro de salud infantil (SCHIP), o (2) de ser elegible para la asistencia premium de SCHIP bajo este beneficio médico.

¿Tienen cobertura los dependientes?

Sí. Los dependientes elegibles incluyen a su esposa/o y a sus hijas/os hasta la edad de 26 años.

¿Cuándo empieza la cobertura?

Su cobertura empieza el lunes siguiente a la primera deducción a su cheque de pago y continuará mientras le hagan descuentos a su cheque. Revise su comprobante de pago para asegurarse de que le hicieron la deducción. Si no le hacen una deducción a su cheque, para evitar quedarse sin cobertura, puede hacer pagos directamente a PAI. Después de seis semanas seguidas sin deducción de su cheque o pago directo de las primas, terminará la cobertura y en ese momento se le enviará información de COBRA.

Si completo un formulario de registro pero no me dan una asignación de inmediato, ¿tendré que completar un nuevo formulario?

Si después de seis meses no le han hecho ninguna deducción a su cheque de pago, llene otro formulario de registro. Si falta información se retrasará el proceso.

¿Puedo hacer cambios o cancelar la cobertura?

Puede cancelar o reducir su cobertura en cualquier momento a menos que se le hagan las deducciones de las primas antes de descontarle los impuestos. Para registrarse, agregar beneficios o agregar más miembros al seguro, tendrá sólo 30 días a partir de su fecha de contratación o de la fecha de su primer cheque de pago. Después de este plazo sólo podrá registrarse, agregar beneficios o agregar más miembros al seguro, durante el período de registro anual o en menos de 30 días de un evento de vida calificado.

(Lea la sección “NOTA” de la página anterior para ver si toman sus deducciones antes o después de descontarle los impuestos.)

¿Cómo puedo hacer cambios?

Para hacer cambios o cancelar la cobertura llame al (800) 269-7783. Marque su CÓDIGO DE PIN más los últimos cuatro dígitos de su número de Seguro Social (SSN).

CÓDIGO DE PIN: 142 + _ _ _ _
(últimos cuatro dígitos de su SSN)

Recuerde que podría tomar de 2 a 3 semanas para que los cambios o la cancelación se reflejen en su cheque de pago. La cobertura continuará mientras le hagan deducciones a su cheque de pago.

¿Hay alguna cláusula sobre condiciones pre-existentes aplicable a los beneficios médicos?

En este plan médico no hay restricciones sobre las condiciones pre-existentes. Aunque previamente le hayan diagnóstico un padecimiento, puede recibir cobertura para los servicios relacionados a tal condición tan pronto como la cobertura entre en efecto.

¿Se cubren los beneficios para la maternidad?

Sí, los beneficios para la maternidad se cubren igual que las otras condiciones cubiertas bajo este plan.

¿En este plan hay cobertura para los anticonceptivos?

Sí, los anticonceptivos orales están cubiertos por los beneficios de recetas médicas. Pero los anticonceptivos que no son orales no lo están.

INFORMACIÓN SOBRE LA RED

Red de recetas médicas

Si se registra en el plan médico, queda automáticamente cubierto por el programa de descuento de recetas médicas a través de la red de farmacias Caremark. Caremark tiene una red nacional con más de 58,000 farmacias participantes. Para hallar una farmacia Caremark participante, visite www.caremark.com. En la página "Resumen de los beneficios" hay información sobre los beneficios para recetas médicas.

Aproveche al máximo sus beneficios

Este plan de beneficios le ofrece a usted y a su familia atención médica mediante los descuentos negociados con los proveedores e instalaciones de las redes First Health Network. Al elegir a un proveedor de la red usted aprovecha al máximo sus beneficios. Cuando usa a un proveedor de la red, automáticamente recibe el descuento de la red y el consultorio del doctor presenta el reclamo por usted. Si consulta a un doctor que no es parte de la red, no recibirá el descuento y quizá tenga que presentar el reclamo usted mismo.

¿Como localizo a un doctor?

Se alienta a los miembros registrados a visitar a los proveedores de las redes indicadas para aprovechar al máximo su dinero. Para hallar a un proveedor de la red o para verificar que su proveedor esté en la red, llame o visite las páginas de internet de las redes mencionadas.

¿Qué pasa si necesito surtir una receta médica?

Para medicinas genéricas y recetas de marca, el plan le paga \$15 por día hasta un máximo anual de fármacos despachados por un farmacéutico. No se proporciona cobertura de medicamentos recetados que sean administrados durante la visita a un hospital o Oficina del médico. Si elige una farmacia participante y presentar su tarjeta de identificación, usted recibirá un descuento sobre el precio de venta de la prescripción en el momento de la compra. El proveedor de farmacia presentará una reclamación de la cantidad fija a pagar directamente a usted.

¿Tengo que ir a un proveedor de la red?

No se requiere que visite a un proveedor de la red pero, si consulta a un proveedor que está en la red de PPO recibirá dos ventajas clave:

- Descuento en todos los servicios de la red de PPO.
- El proveedor presentará el reclamo a los administradores del plan.

Plan médico

- First Health Network
1-800-226-5116
www.firsthealth.com

Recetas

- Caremark
1-888-963-7290
www.caremark.com

Plan de la vista

- EyeMed Vision Care
1-866-559-5252
www.eyemedvisioncare.com

Plan dental

- DenteMax
1-800-752-1547
www.dentemax.com

No llame a estas redes para preguntar sobre sus beneficios médicos. Todas las preguntas sobre beneficios médicos se deben hacer al departamento de Servicio para miembros de Essential StaffCARE, al 1-866-798-0803.

¿Cuándo me llegara la tarjeta de identificación?

Las tarjetas de identificación se envían tan pronto como se recibe y se procesa su formulario de registro. Recibirá su tarjeta de identificación en 10 días a partir de su fecha efectiva.

Tarjetas de identificación de los miembros

Se enviará a su domicilio una tarjeta de identificación y una carta de confirmación de cobertura. Si no recibe estos documentos dentro de 10 días hábiles de su fecha efectiva, o si cambia de dirección, llame al departamento de Servicio al cliente de Essential StaffCARE, al **1-866-798-0803**. Muestre su tarjeta de identificación al proveedor cuando lo visite. Estas tarjetas se usan como identificación y los proveedores las usarán para verificar su elegibilidad.

RESUMEN DE LOS BENEFICIOS

Número de Póliza

231700-SAU

Beneficios médicos - Plan 1

Pagos semanales

Beneficios para servicios internos		Beneficios para servicios externos ¹	
Máximo para atención estándar	\$300 diarios	Máximo anual para servicios externos	\$2,000
Máximo en cuidados intensivos ²	\$400 diarios	Consultas del doctor	\$100 diarios
Cirugía con hospitalización	\$2,000 diarios	Laboratorio de diagnóstico	\$75 diarios
Anestesiología	\$400 diarios	Rayos X de diagnóstico	\$200 diarios
Primera admisión al hospital (anual)	\$250	Servicios de ambulancia	\$300 diarios
Enfermeras especializadas se pagan centros de cuidados especializados después de la hospitalización	\$100 diarios	Terapia física, ocupacional y del habla	\$50 diarios
		Sala de emergencia - Enfermedad	\$200 diarios
Pérdida de la vida, de un miembro o de la vista por accidente		Sala de emergencia - Accidente	\$500 diarios
Cantidad para el empleado	\$20,000	Cirugía en servicios externos	\$500 diarios
Cantidad para la esposa/o	\$20,000	Anestesiología	\$200 diarios
Cantidad para los hijos (de 6 meses a 26 años)	\$5,000	Recetas médicas ³	
Cantidad para bebés (de 15 días a 6 meses)	\$2,500	Máximo anual para recetas médicas	\$600
		Beneficios para recetas médicas	\$15 diarios
Cuidado de la salud			
Cuidado de la salud (anual)	\$100		
Sólo empleado \$22.76		Empleado + Uno \$46.18	
		Empleado + Familia \$61.67	

¹ Los beneficios para servicios externos están sujetos a un máximo ² se paga además del beneficio para atención estándar ³ No esta sujeto al maximo de servicios externos

Beneficios dentales

Pagos semanales

	Período de espera	Co-seguro	Beneficio anual máximo	\$750	Deducible	\$50
Cobertura A	Ninguno	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			
Sólo empleado \$5.23		Empleado + Uno \$10.46		Empleado + Familia \$17.26		

Beneficios para la vista

Pagos semanales

	En la red	Fuera de la red
Examen de la vista para anteojos ¹ (incluyendo dilatación)	Co-pago: \$10, el plan paga el 100%	El plan paga \$35, usted paga el balance
Armazones²	El plan paga una cuota de \$110 ⁴	El plan paga \$55
Lentes de plástico estándar para anteojos¹	Co-pago: \$25, el plan paga el 100%	Co-pago: \$0, el plan paga \$25-\$55 ³
Prueba de lentes de contacto estándar¹	El plan paga hasta \$55	Usted paga 100% del precio
Prueba de lentes de contacto premium¹	El plan paga 10% del precio	Usted paga 100% del precio
Lentes de contacto o lentes desechables¹	El plan paga una cuota de \$110 ⁴	El plan paga \$88
Lentes de contacto médicamente necesarios¹	El plan paga el 100%	El plan paga \$200
Sólo empleado \$2.35		Empleado + Uno \$4.00
		Empleado + Familia \$5.64

¹ Cada 12 meses ² Cada 24 meses ³ Visión regular: \$25, Bifocales: \$40, Trifocales: \$55

⁴ Descuento sobre el balance que supere la cantidad permitida; Armazones: 20%, Lentes de contacto: 15%

Seguro por discapacidad a corto plazo

Pagos semanales

Beneficio	60% del salario hasta \$150 por semana	Período de espera / Período máximo de los beneficios	7 días / 26 semanas
Sólo empleado \$4.20			

Beneficios de seguro de vida

Pagos semanales

Cantidad para el empleado	\$10,000 (baja a \$7,500 a los 65 años; y a \$5,000 a los 70 años)	Cantidad para los hijos (de 6 meses a 26 años)	\$5,000
Cantidad para la esposa/o	\$5,000 (termina a los 70 años)	Cantidad para bebés (de 15 días a 6 meses)	\$1,000
Sólo empleado \$0.60		Empleado + Uno \$0.90	
		Empleado + Familia \$1.80	

EXCLUSIONES Y LIMITACIONES

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 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;
- 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.

MEDICINAS RECETADAS

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,
- 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.