

Información Importante de Seguro de Salud

Proporcionado por The American Worker®



Con The American Worker le permite escoger entre tres planes de seguro de salud limitados, diseñados para proveerle cobertura para servicios básicos de salud. También le da la habilidad de comprar beneficios Dentales. Le sugerimos que revise la información adjuntado para decidir cual plan se ajusta mejor a sus necesidades. La administración del plan es provista por Key Benefits Administrators.

Las características salientes del Plan

- Emisión de Garantía
- Cobertura del Primer Dólar
- Sin Limitaciones de Condiciones Pre-Existentes
- Sin Deducibles ni Co-Seguro
- Descuentos Disponibles para Uso de Proveedor de Red
- Sin Periodos de Espera para Beneficios
- Sin Coordinación de Beneficios-Plan paga encima de otro seguro que Ud. pueda tener



LOS SERVICIOS CUBIERTOS INCLUYEN

- Benéfico del Indemnidad Vista de Paciente Externo a Oficina de Medico
- Rayos X de Diagnostico como paciente externo y Beneficio de Indemnidad de Laboratorio
- Exámenes de Bienestar
- Cuidado de Herida Accidental
- Beneficio de Indemnidad Diario en el Hospital
- Beneficio de Indemnidad de Cirugía & Anestesia
- Servicios de Salud con Descuentos
- Beneficios de Prescripciones
- Red PPO

Para su conveniencia empleados usaran nuestro centro de llamadas nacional para inscribirle en la cobertura. El centro de llamadas está atendido con representantes de servicio al cliente que le contestarán las preguntas que tenga sobre los beneficios e inmediatamente lo inscribirán en el plan a través del teléfono.

2011-2012 Inscripción de Nuevo Empleado

Todos los empleados nuevos elegibles tienen 45 días de su fecha de contratación para inscribirse el la cobertura

Llame al 800-481-9979 para inscribirse

El centro de inscripción se encuentra disponible lunes a viernes entre las horas de 8:30am a 7:00pm est.



A todos los Empleados: Estamos muy orgullosos de presentar un nuevo paquete de PLANES DE BENEFICIO DE SALUD. El Plan Voluntario Grupal de Beneficio Medico Limitado de TransChoice® Plus provee cobertura inmediata del primer dólar sin deducibles y sin requerimientos de Co-seguro. Este plan de salud está completamente asegurado con restricciones limitadas de red (Uso de Red es requerido para Plan de Prescripción No-Asegurado, Tarjetas de Nuevos Beneficios y Programa de Beneficios de Red PPO, ofrecidos por Key Benefits Administrator, Inc. Los beneficios son pagados directamente al proveedor, a menos que el asegurado escoja el reembolso de los beneficios médicos.

¡Incluido en ambos planes está el Plan de Prescripción, la Tarjeta de Nuevos Beneficios y el Programa de Beneficios de Red PPO!

BENEFICIOS FARMACEUTICOS - BEST Rx – Provistos por Rx Options, Inc. – Uso de Red Requerido

Drogas Genéricas Selectas - rangos de \$10, \$20, o \$50 (provisión de 30 días)

Drogas de Marca Selectas - rangos de \$10, \$20, o \$50 (provisión de 30 días)

Drogas Genéricas y de Marca No-Selectas - Descuentos de un promedio de 19% del precio mayorista promedio (provisión de 30 días)

Sin Máximo Anual, Sin Deducibles, & Sin Formularios de Reclamo

TARJETA "NUEVOS BENEFICIOS" – Uso de Red Requerido

Este programa le ofrece a los empleados descuentos sobre servicios de salud y les provee con acceso a información médica.

Descuentos de Servicio de Salud: Visión - Ahorre hasta 60% Audición - Ahorre hasta 50% (uso de red requerido) Información

Médica: Acceso a una Línea Abierta de Enfermería de 24 horas Acceso a servicios de consejos y referencias con descuentos

BENEFICIO PPO - NATIONAL PREFERRED PROVIDER NETWORK (NPPN) – Uso de Red Requerido

Miembros tiene acceso a una red PPO, que provee descuentos en servicios de Hospital y Médicos. Usar la Red PPO puede reducir los costos de su bolsillo por servicios médicos. La red NPPN está compuesta por más de 550,000 localizaciones de médicos, casi 4,000 facilidades de cuidado agudo y más de 90,000 localizaciones de cuidado auxiliar.

INDEMNITY BENEFITS	ESTANDAR	PREDEFERIDO	ELITE
Visitas al Médico Visita,	Paga \$50 por Visita, Máximo \$300 por Persona	Paga \$70 por Visita, Máximo \$420 por Persona	Paga \$90 por Máximo \$420 por Persona
Cuidado Preventivo Visita	Paga \$50 por Visita, Máximo \$50 por Persona	Paga \$75 por Visita, Máximo \$75 por Persona	Paga \$100 por Máximo \$100 por Persona
Beneficio de Accidente	---	Hasta \$300 por Ocurrencia, Máximo 5 Accidentes	Hasta \$500 por Ocurrencia Máximo 5 Accidentes
Diagnóstico, Rayos-X, por y Laboratorio	Paga \$50 por Visita, Máximo \$200 por Persona	Paga \$75 por Visita, Máximo \$300 por Persona	Paga \$150 Máximo \$600 por Persona
Enfermedad en la Sala Visita, de Urgencias	Paga \$50 por Visita, Máximo \$100 por Persona	Paga \$50 por Visita, Máximo \$100 por Persona	Paga \$100 por Máximo \$200 por Persona
Beneficio de Cirugía	Paga \$500 por Cirugía (De acuerdo a Programa)	Paga \$1,000 por Cirugía (De acuerdo a Programa)	Paga \$1,000 por Cirugía (De acuerdo a Programa)
Beneficio de Anestesia	20% de Beneficio Quirúrgico	20% de Beneficio Quirúrgico	20% de Beneficio Quirúrgico
Diario Estadía en Hospital	Paga \$100 por Día, 30 Días por Internación	Paga \$300 por Día, 30 Días por Internación	Paga \$500 por Día, 30 Días por Internación
Precios Quincenales			
Empleado:	\$25.28	\$38.34	\$52.30
Empleado + Esposo/a:	\$37.41	\$61.84	\$87.79
Empleado + H o(s):	\$35.69	\$57.74	\$80.57
Familia:	\$47.95	\$81.48	\$116.44

Los planes TransChoice® Plus son asegurados por Transamerica Life Insurance Company, Home Office, Cedar Rapids, IA.

NOTA IMPORTANTE

Esta es una hoja de características principales del Plan de Beneficios y no pretende ser una descripción completa o legal del programa de beneficios. La información completa se encuentra a su disposición inmediata a su pedido antes que usted se inscriba a través de su empleador y también le será provista en el certificado de seguro o libreta de beneficios para los diferentes programas en los que usted haya decidido participar en forma voluntaria. Este programa no pretende reemplazar, ni recomendamos que en ninguna manera reemplace un programa comprensivo de seguro en el que usted corrientemente participa o está considerando participar.



El plan de beneficio dental opcional (Plan 4) puede ser comprado por si solo o con participación con los planes médicos/ de drogas. El plan dental opcional está totalmente asegurado y no tiene restricciones de red. Los miembros tienen la habilidad de escoger cualquier proveedor dental para su servicio.

Plan de Beneficio Dental Opcional		
Beneficio Máximo Anual	\$1,000 por Miembro Asegurado	
Deducible Anual	\$1,000 por Miembro Asegurado	
Servicios Cubiertos	Período de Esperar	Seguro Extra
TIPO I Servicios: Preventivo y de Diagnóstico Exámenes Orales de Rutina, Limpiezas, Tratamientos de Fluoruro, etc. Deducible no aplique	Ninguno	Ninguno Cubierto al 100% (Razonable y Tradicional)
TIPO II Servicios: Tratamiento Básico Rayos-X, Empastes, Extracciones Simples, etc.	3 meses	Cubierto al 80% (Razonable y Tradicional)
TIPO III Servicios: Tratamiento Mayor Coronas, Restauraciones, Dentaduras, Puentes, etc.	12 meses	Cubierto al 50% (Razonable & Tradicional)
Precios Quincenales		
Empleado:	\$10.76	
Empleado + Esposo/a:	\$20.33	
Empleado + H o(s):	\$20.64	
Familia:	\$32.26	

Preguntas Frecuentes- Planes Médicos Limitados y Beneficios Dentales

¿Cuándo puedo inscribirme?

Los empleados deben inscribirse durante el período abierto anual de inscripción o dentro de 31 días de experimentar un Acontecimiento Calificativo.

¿Cuál compañía de seguros paga mis reclamos médicos y dentales?

Médico: La Compañía de Transamerica Life Insurance
Little Rock, AR
Dental: La Compañía de Security Life Insurance
Minnetonka, MN

¿Recibiré una tarjeta de identificación?

Sí, todos los miembros recibirán un paquete de información que incluye documentos de identificación, un Resumen de Beneficios y Folleto de libro de Certificado. Los que se inscriben en un plan médico también recibirán documentos de identificación e información del Mejor Prescripción y de nuevo programa de descuento de servicio de sanidad de Beneficios. Los paquetes serán enviados a su domicilio particular.

¿Quién puedo contactar yo si tengo preguntas acerca de mis beneficios?

Contacte un representante de Servicios de Miembro, gratis, a 866-867-6883. Los Servicios del miembro están disponibles de el lunes a viernes entre 8:30 A.M. a 7:00 P.M. EST.

¿Puedo utilizar a cualquier médico o el hospital?

Sí, usted puede utilizar cualquier médico licenciado o hospital acreditado que usted escoge y usted recibirá los mismos beneficios de Transamerica. Sin embargo, si usted desea recibir descuentos tiene que utilizar La Red de MultiPlan. Sitúe a proveedores en su área en www.multipan.com. No hay red asociada con los beneficios dentales.

¿Cómo entrego un reclamo?

En aquel momento de servicio, presenta su tarjeta de identificación de Transamerica al proveedor y solicita que el proveedor archiva el reclamo directamente con Transamerica. Si el proveedor no está dispuesto a archivar el reclamo en su beneficio, usted puede entregar el reclamo y ser reembolsado.

¿Cómo utilizo mis beneficios de prescripción?

Presente su tarjeta de identificación de prescripción a la farmacia al dejó su prescripción. La farmacia procesará el reclamo en el punto de venta. No hay formas de reclamo para el programa del medicamento. Una nota: Usted solo debe de utilizar una farmacia dentro de la red para conseguir acceso a beneficios.

¿Cómo son pagados los beneficios?

Los máximos de los beneficios son pagados según año común, no en una base de año de plan.

NOTA IMPORTANTE

Esta es una hoja de características principales del Plan de Beneficios y no pretende ser una descripción completa o legal del programa de beneficios. La información completa se encuentra a su disposición inmediata a su pedido antes que usted de inscriba a través de su empleador y también le será provista en el certificado de seguro o libreto de beneficios para los diferentes programas en los que usted haya decidido participar en forma voluntaria. Este programa no pretende reemplazar, ni recomendamos que en ninguna manera reemplace un programa comprensivo de seguro en el que usted corrientemente participa o está considerando participar.

2011-2012 Inscripciones de Empleados Nuevos

Todos los empleados nuevos elegibles tienen 45 días desde su fecha de contratación para inscribirse para la cobertura

Instrucciones para Inscribir: Favor de llenar el cuestionario abajo antes de llamar; al 800-481-9979 que esta información será pedido de usted. El centro de inscripción se encuentra disponible lunes a viernes entre las de 8:30am a 7:00pm

1. Mi empleador es: _____
2. La ubicación de mi empleador es: _____ (Estado) _____ (Código Postal) _____
3. Mi numero de ubicación es: _____
4. Me gustaría INSCRIBIR o NEGAR cobertura (escoger uno): INSCRIBIR NEGAR
5. Mi nombre es: _____
6. Mi numero de seguro social es: _____ (si esta negando cobertura, deténgase ahora)
7. Mi fecha de nacimiento es: _____
8. Mi dirección es: _____ (Estado) _____ (Código Postal) _____
9. Mi beneficiario de la aseguranza de la vida es: _____
10. Quiero inscribir en el plan medico de (Escoger uno): ESTANDAR PREFERIDO ELITE
11. Quiero cobertura para (Escoger uno): YO YO+ESPOSO/A YO+HIJO/S FAMILIA
12. Quiero inscribir en el plan dental (Escoger uno): SI NO
13. Quiero cobertura para (Escoger uno): YO YO+ESPOSO/A YO+HIJO/S FAMILIA
14. Mis dependientes son (use otra hoja si tiene mas dependientes):
Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Seguro Social: _____
Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Seguro Social: _____
Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Seguro Social: _____
Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Seguro Social: _____
Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Seguro Social: _____

Para información adicional acerca de este programa visita al sitio www.mybenefitsdirector.com.

Haz clic en My Benefits Communication Presentation

Escribe su nombre de usuario, picsweb@afgclient.com y su contraseña, password.



Gracias por tomar su tiempo en llenar este cuestionario
Favor de marcar al 800-481-9979 para inscribirse

Partners in Community Supports esta feliz ofrecerle estos beneficios
para apoyar la salud de nuestros empleados.

Limitaciones & Exclusiones Dentales - No Cubiertas por el Plan

No se pagarán beneficios por los gastos incurridos:

- 1) por coberturas dentales y procedimientos asociados;
- 2) por cargos mayores a los considerados razonables y comunes;
- 3) por procedimientos cosméticos;
- 4) por el reemplazo de dentaduras, puentes, empastes o coronas que pueden ser reparadas o restauradas a la función normal;
- 5) por implantes, y por: a) reemplazo de aplicaciones robadas o perdidas b) reemplazo de retentores, c) protectores dentales atléticos, d) acoplamientos de precisión o semi-precisión, e) duplicación de dentaduras, o f) selladores;
- 6) por instrucciones de higiene oral, y por: a) control de placa, b) terminación de un formulario de reclamo, c) etch ácido, d) citas no respetadas, e) prescripciones o fl uoruro para llevar a domicilio, o f) fotografías de diagnóstico;
- 7) por servicios no cubiertos a fi nal del mes en que termina la cobertura a menos que se haya solicitado y aceptado la continuación de cobertura;
- 8) por procedimientos que han comenzado pero no se han completado;
- 9) por servicios y tratamiento provisto sin cargo o por el que no existiría cargo en la ausencia de seguro;
- 10) por servicios en conexión con la guerra o cualquier acto de guerra, ya sea declarada o no declarada, o condición o accidente ocurrido durante servicio activo en las fuerzas armadas de cualquier país o combinación de países;
- 11) por una condición cubierta de cualquier manera bajo una Ley de compensación al Trabajador o ley similar;
- 12) que se aplique hacia la satisfacción de un Deducible, si lo hay;
- 13) que sean generalmente consideradas por la profesión dental como experimentales o bajo investigación;
- 14) por el tratamiento de fi sura palatina y anodoncia;
- 15) por servicios o suministros pagaderos bajo cualquier plan de gastos médicos;
- 16) por ortodoncia, a menos que incluido por declaración;
- 17) anterior de la fecha en que el Asegurado esté cubierto por la Póliza;
- 18) por el diagnóstico o tratamiento de TMJ;
- 19) por servicios hospitalarios;
- 20) por cualquier h o no casado de 19 años y más a menos que sea dependiente de Usted por apoyo mientras sea un estudiante de tiempo completo. Un estudiante a tiempo completo es uno que esté inscripto por 12 horas semestrales de crédito en una universidad júnior acreditada, escuela o universidad. Cualquier excepción por un estudiante completo culmina cuando el estudiante cumpla 23;
- 21) durante cualquier periodo de espera. Requerimos que cuando usted termina su seguro por su voluntad y se re-inscriba en una fecha posterior. Su periodo de espera es de 2 años y comienza en la fecha que su primera cobertura terminó.

Limitaciones y exclusiones: TransChoice Plus

Ningún beneficio será pagadero como resultado de:

suicidio o cualquier intento de suicidio, independientemente de si se encontraba en su sano juicio o no; cualquier lesión o enfermedad intencionalmente autoinfligida; cuidados de reposo o de rehabilitación y tratamiento; vacunas y exámenes de rutina tales como exámenes médicos, mamografías, pruebas de Papanicolaou, vacunas, sigmoidoscopia flexible, pruebas de antígeno específico de la próstata y exámenes de sangre, a menos que esté incluido el beneficio de cuidado preventivo; cuidado rutinario del recién nacido, incluidos los cargos rutinarios de la sala de recién nacidos; tratamiento de enfermedad mental; trastorno nervioso funcional u orgánico, sin importar la causa; abuso de alcohol y uso de drogas, a menos que fueran administradas por un médico o siguiendo indicaciones médicas. En dichas circunstancias y con respecto al pago del beneficio de indemnización diaria por hospitalización, los beneficios se limitarán a no más de 10 días en cualquier año calendario; participar en disturbios, revueltas civiles, desobediencia civil o agrupaciones ilegales; cometer, intentar cometer o tomar parte en un delito grave o agresión, o dedicarse a una ocupación ilegal; participar en concursos de velocidad organizados, paracaidismo, deportes acuáticos, saltos con cuerda elástica o vuelo libre; viaje aéreo, excepto como pasajero en una aerolínea comercial en una ruta programada regularmente, o como pasajero sólo para transportarse y no como piloto o miembro de la tripulación; un accidente causado por participar en cualquier actividad o evento, incluyendo el manejo de un vehículo, bajo la influencia de sustancias controladas (a menos que fueran administradas por un médico o siguiendo indicaciones médicas), o por estar intoxicado (intoxicado significa dicha condición conforme lo define la ley de la jurisdicción donde ocurrió el accidente);

cualquier procedimiento o tratamiento para cambiar características físicas por las propias del sexo opuesto y otros tratamientos relacionados con el cambio de sexo; el revertir ligaciones tubáricas y vasectomías; inseminación artificial, fertilización in vitro y fertilización de probeta, incluyendo cualquier análisis, medicamentos o servicios médicos relacionados, a menos que sean requeridos por la ley; cualquier pérdida incurrida mientras se encontraba en servicio activo en las fuerzas armadas (si usted notifica a Transamerica de dicho servicio activo, Transamerica le reembolsará todas las primas pagadas por cualquier período durante el cual no se proporcione cobertura como resultado de la presente excepción); accidentes o enfermedades que sean ocasionados por cualquier ocupación por compensación, salario o beneficios y en el transcurso de la misma, O los gastos que sean pagaderos bajo la Ley de enfermedad ocupacional o leyes similares, ya sea que la aplicación para dichos beneficios se haya hecho o no; enfermedades preexistentes durante los primeros 12 meses después de la fecha de entrada en vigencia (se aplica únicamente al beneficio de indemnización por enfermedad grave y al beneficio subsiguiente por enfermedad grave, el beneficio grupal de seguro de vida a término y/o a la póliza de incapacidad a corto plazo IncomeSelect); transporte en ambulancia por aire o tierra (a menos que el beneficio de ambulancia haya sido incluido); exámenes rutinarios de la vista o ajuste de anteojos; prótesis auditivas o colocación de audífonos; exámenes dentales o cuidado dental u otros gastos como consecuencia de un accidente; cuidado o tratamiento de un accidente o enfermedad no considerados específicamente en el plan; cualquier procedimiento quirúrgico no enumerado específicamente en el programa de beneficios de indemnización quirúrgica; con respecto únicamente al beneficio por lesiones accidentales fuera del lugar de trabajo, los cargos que la persona cubierta no está obligada legalmente a pagar, o los cargos que no se habrían hecho si esta cobertura no hubiera existido; o el tratamiento de un accidente o enfermedad necesario por causa de una guerra, declarada o no declarada, o cualquier acto bélico, o que haya surgido a raíz de dicho acontecimiento.

Partners in Community Supports esta encantado de ofrecer este paquete de