

Forma de inscripcion para el Plan de KeySoulution 5M

1. Enrollee Information

Nombre del grupo:		Fecha de inicio para el plan de cobertura:	
Apellido:		Fecha de inicio del empleo:	
Nombre:		Fecha de nacimiento:	
Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	# de Seguro Social:	# de horas de trabajo/por semana:	
Numero de telefono:		Numero de telefono de empleador:	
Direccion:		Cuidad:	Estado: Codigo Postal:

Nombre de Plan (porfavor marque uno)

MEC Plan <input type="checkbox"/>	MEC Preferred Plan <input type="checkbox"/>	MEC Heavy Plan <input type="checkbox"/>	MEC Heavy Plus Plan <input type="checkbox"/>	MVP Plan <input type="checkbox"/>
-----------------------------------	---	---	--	-----------------------------------

Beneficiario de la cobertura de seguros de vida (si es aplicable):

Nombre Completo:	Direccion:	Estado, Ciudad, Codigo Postal:
Numero telefonico:	Fecha de nacimiento:	Relacion al beneficiario:

2. Informacion del dependiente

Quiero inscribirme junto con mis dependientes siguientes :					
<input type="checkbox"/> Conyuge <input type="checkbox"/> Pareja domestica	Apellido:	Nombre:	# de Seguro Social:	Fecha de Nacimiento:	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Apellido:		Nombre:	# de Seguro Social:	Fecha de Nacimiento:	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
<input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Discapacitado ¹ <input type="checkbox"/> por orden del tribunal ²					
Apellido:		Nombre:	# de Seguro Social:	Fecha de Nacimiento:	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
<input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Discapacitado ¹ <input type="checkbox"/> por orden del tribunal ²					
Apellido:		Nombre:	# de Seguro Social:	Fecha de Nacimiento:	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
<input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Discapacitado ¹ <input type="checkbox"/> por orden del tribunal ²					
Apellido:		Nombre:	# de Seguro Social:	Fecha de Nacimiento:	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
<input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Discapacitado ¹ <input type="checkbox"/> por orden del tribunal ²					

¹Para dependientes discapacitados; ENVIE la documentacion adecuada como prueba del estado de discapacidad con este formulario de inscripcion.

²Si un decreto del tribunal le solicita que cubra a su dependiente bajo este plan, ENVIE esa parte sel decreto del tribunal con este formulario de inscripcion

Por este medio solicito la participacion en mi Plan de beneficios por valor minimo para mi mismo o mis dependientes enumerados anteriormente y acuerdo acatar los terminos, disposiciones y limitaciones segun se delimite por parte del Patrocinador del plan en la emision del Descripcion del resumen del plan. Delcero que todo los enunciados que se encuentran en este formulario completo son verdadero y correctos y que no se retuvo ni se omitio ninguna informacion del material. Estoy de acuerdo que ninguno de los beneficios estara en vigencia hasta la fecha especificada por Key Benefit Administrators. Estoy de acuerdo que una copia fotografica de esta autorizacion debe tener la misma validez que el documento orginial y que dicha autorizacion debe tener validez para el periodo maximo de tiempo permitido por la ley. Comprendo que tengo el derecho de recibir una copia de esta autorizacion a solicitud. Autorizo a mi empleador a deducir de mis ingresos las contribuciones (si existieran) requeridos para los beneficios.

Empleado (nombre en imprenta): _____ Firma de empleado: _____ Fecha: _____

Sección 125 Plan de Cafetería Acuerdo de Reducción de Salario

Nombre de Empleado (Apellido y Nombre / Por Favor de Imprimir) _____

Número de Seguro Social _____

No. de períodos de deducción _____

Fecha de Nacimiento _____

Departamento _____

Dirección de el Empleado _____

Ciudad _____

Estado _____

Código Postal _____

Yo la presente autorizo y directo a mi empleador para reducir mi salario en la cantidad necesaria para pagar por todas mis elecciones de beneficios que están disponibles en una base antes de impuestos. Tales reducciones, considerados como contribuciones electivas bajo el plan comenzarán en el primer ciclo de nómina de cuando comienza mis coberturas. Además autorizo correcciones en el futuro de la cantidad de reducción de salario en caso de que el costo de la cobertura de cualquier programa seleccionado bajo el título "Conversión de Prima" cambie durante el año del plan.

Yo entiendo que el propósito de este programa es permitir a los empleados elegir sus beneficios calificados dentro de los lineamientos del Código de Impuestos Internos (IRS). Seguro Médico es la única cobertura que está permitido bajo este código

La selección permanecerá efectiva hasta que se presente un formulario de elección posterior, de conformidad con el plan.

Entiendo que la selección de un beneficio y la indicación de que un prima tiene que ser pagado no necesariamente me incluyen en las porciones de seguros de este plan. En la mayoría de los casos también se tiene que completar una solicitud de seguro.

Esta forma de elección permanecerá activo y no puede ser revocado o modificado a menos que la revocación y nueva elección están en la cuenta de y consistente con un cambio familiar / evento calificado (*Por Ejemplo: matrimonio, divorcio, fallecimiento del cónyuge o hijo, nacimiento o adopción de un hijo, la terminación del empleo del cónyuge, etc ...tal como aparece en el Documento de Plan de Empleadores*).

Yo entiendo que los pagos de reclamos de seguro bajo ciertas coberturas pueden estar sujetos a impuestos federales y estatales cuando el prima se paga por una reducción de salario (antes de impuestos) o contribuciones del empleador.

Firma: _____

Fecha: ____/____/____

SI DESEA RECHAZAR / RENUNCIAR A LAS COBERTURAS: Todos los beneficios disponibles se me han explicado a fondo y quiero rechazar la cobertura y cualquier participación.

Firma: _____

Fecha: ____/____/____



**ASC PLAN DE ATENCION DE LA SALUD
2020
FORMA PARA RECHAZAR LA COBERTURA**

ASC es requerido de reportar toda información del Plan Medico de sus empleados. Si usted no quiere o no necesita esta cobertura requerimos que llene la siguiente información:

- Estoy rechazando el plan de cobertura porque ya tengo otro tipo de cobertura
- _____ Cobertura individual a través del Mercado / Obama Care
 - _____ Cobertura individual a través del Mercado – subsidio que recibe
 - _____ Cobertura de la Tribu
 - _____ Cobertura del Cónyuge
 - _____ Cobertura Militar
 - _____ Cobertura de Medicare
 - _____ Medicaid (empleado únicamente)
 - _____ **Cobertura por medio de los padres**
 - _____ **Otro** _____

(DEBE SER LLENADO)

Nombre del Portador _____

Número del Portador _____

Nombre del asegurado principal _____

Fecha de nacimiento del asegurado principal _____

De póliza _____

Identificación de miembro _____

_____ No tengo ningún tipo de cobertura médica en este momento

Empleado (Imprima el nombre): _____

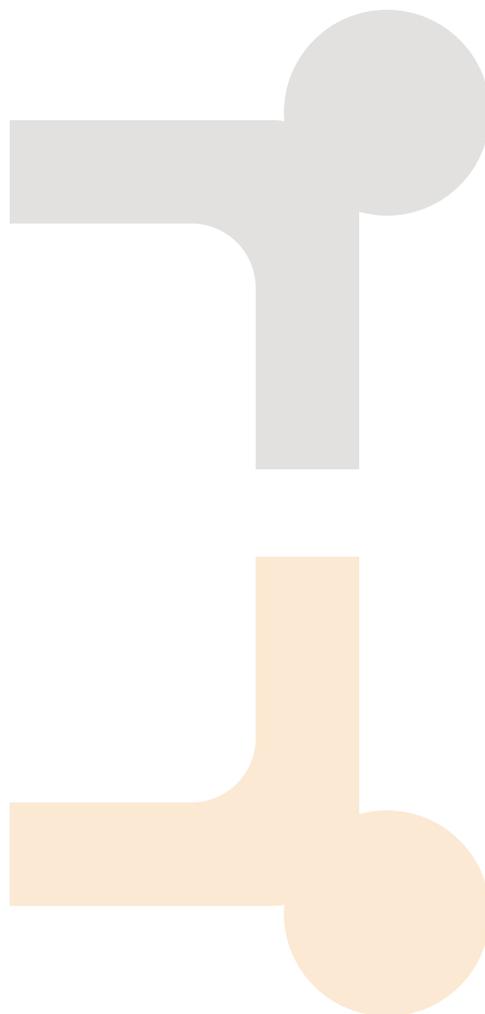
Firma del empleado: _____

Fecha: _____



KEYSOLUTIONSM

GUIA DE INSCRIPCION 2020



**Administrado por Key Benefit
Administrators para**

los empleados de:

American StaffCorp

MEC Cobertura Esencial Mínima

MEC proporciona cobertura a partir del primer dólar con acceso a una de las mayores redes nacionales de organización de proveedores preferidos (PPO) disponible con ahorros significantes para los beneficios de MEC. Los ahorros disponibles en la red, también pueden ser utilizados para servicios que no están cubiertos por MEC. Usted tendrá fácil acceso al portal en línea para búsqueda de proveedores dentro o fuera de su área para asegurarse de que el proveedor esté en la red PPO.

Hay servicios preventivos que están cubiertos al 100% cuando se visita un proveedor dentro de la red, tal como detallado en la lista gubernamental de Beneficios Preventivos y para el Bienestar. Los beneficios se reducen a 40% si utilizas un proveedor fuera de la red. Los servicios incluyen inmunizaciones, detección de presión arterial, detección para diabetes y de colesterol, visitas prenatales para mujeres embarazadas y más. Una lista de los servicios que están cubiertos está incluida con esta información.

MEC proporciona una tarjeta de identificación médica que debe ser presentada al proveedor médico en el momento de servicio.

Servicios de administración por Key Benefit Administrators.

Minimum Essential Coverage (MEC) cubre el 100% de la lista gubernamental de beneficios preventivos y del bienestar cuando se visita un proveedor dentro de la red (40% fuera de la red).

81 SERVICIOS DE CUIDADO PREVENTIVO ESTAN CUBIERTOS AL 100%

Acceso **ILIMITADO** a **RealTimeTelemed** y **RealTimeChoices**

VALIOSOS
BENEFICIOS PARA TODA LA FAMILIA



Acceso a médicos certificados por teléfono o aplicación móvil - en cualquier momento desde cualquier lugar por un **\$0 copago**. RealTimeTelemed fue diseñado como una alternativa al cuidado costoso en el centro de atención urgente o para visitas a la sala de emergencia o días de espera para ver a su médico primario para una situación médica de no emergencia.



RealTimeChoices es una solución para transparencia de costo que le dispone las herramientas necesarias para gestionar mejor su salud.



Servicios preventivos cubiertos para adultos (18 años o más)

1. Una (1) evaluación para aneurisma abdominal aórtico para adultos entre 65-76 años de edad
2. Evaluación y consejería acerca del abuso de alcohol
3. Uso de aspirina, con receta médica, como prevención para enfermedad cardiovascular y cáncer colorrectal en adultos entre 50 a 59 años de edad
4. Evaluación de presión arterial
5. Evaluación de colesterol
6. Detección de cáncer colorrectal para adultos entre 56 y 75 años de edad
7. Evaluación por depresión
8. Detección de Diabetes Tipo 2
9. Consejería nutricional para adultos
10. Prevención de caídas, incluyendo la terapia física, para prevenir caídas en viviendas comunitarios de personas de 65 años o más
11. Detección de Hepatitis B
12. Detección de Hepatitis C en adultos con alto riesgo y una (1) vez para personas que nacieron entre 1945 y 1965
13. Examen de VIH
14. Inmunizaciones para adultos: Hepatitis A, Hepatitis B, Herpes Zoster, virus del papiloma humano, Influenza (vacuna contra la gripe), Sarampión, Paperas, Rubéola, Meningococo, Neumococo, Pulmonía, Tétano, Difteria, Tosferina, Varicela.
15. Detección de cáncer del pulmón para adultos entre 55 y 80 años de edad con alto riesgo porque fuman 30 paquetes por año (o han dejado de fumar en los últimos 15 años)
16. Evaluación y consejería acerca de la obesidad
17. Prevención y asesoría acerca de las infecciones de transmisión sexual
18. Asesoría de comportamiento acerca del cáncer cutáneo para los adultos de piel clara y menores de 24 años
19. Detección de uso de tabaco, asesoría e intervención de cesación
20. Evaluación para Sífilis en adultos de alto riesgo
21. Detección para infección de tuberculosis en estado latente
22. Medicamentos preventivos con Estatinas para adultos entre 40-75 años de edad, sin historial de enfermedad cardiovascular, con 1 o más factores de riesgo para enfermedad cardiovascular y un riesgo calculado de 10 años para enfermedad cardiovascular de un 10% o más.

Servicios preventivos cubiertos para las mujeres, incluyendo mujeres embarazadas

1. Evaluación para Anemia sobre una base rutinaria para las mujeres embarazadas
2. Aspirina para mujeres embarazadas con alto riesgo para preclampsia
3. Exámenes para la detección de infecciones urinarias
4. Consejería acerca de la evaluación genética para cáncer de mamas (BRCA) para las mujeres con alto riesgo
5. Mamografía para la detección del cáncer de mamas a cada 1-2 años para las mujeres mayores de 40 años
6. Consejería acerca de la quimo-prevención para cáncer de las mamas, detección de cáncer de las mamas y medicamentos para mujeres con alto riesgo para cáncer de las mamas
7. Apoyo y consejería sobre la lactancia por parte de proveedores entrenados, acceso a los insumos para la lactancia para las mujeres embarazadas y las que están amamantando. Servicios fuera de la red serán pagados como servicios dentro de la red
8. Detección del cáncer cervical
9. Detección para infección de clamidia
10. Métodos anticonceptivos: métodos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos, procedimientos de esterilización educación y consejería para pacientes, no incluye las drogas abortivas.
11. Detección de diabetes para mujeres con antecedentes de diabetes gestacional que no están actualmente embarazadas y que no han previamente sido diagnosticada con diabetes tipo 2
12. Evaluación y consejería acerca de la violencia doméstica e interpersonal
13. Suplementos de ácido fólico con receta médica para las mujeres que podrían quedar embarazadas
14. Examen para la diabetes gestacional
15. Examen de gonorrea para todas las mujeres
16. Examen de Hepatitis B para las mujeres embarazadas
17. Examen y consejería acerca del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH)
18. Prueba ADN para el Virus del Papiloma Humano (VPH): cada 3 años para mujeres de 30 años o más y con resultados citológicos normales
19. Detección para osteoporosis para las mujeres mayores de 60 años
20. Prevención y detección de preclampsia en mujeres embarazadas con medición rutinaria de la presión arterial durante el embarazo
21. Visitas prenatales rutinarias para mujeres embarazadas
22. Detección para incompatibilidad de Rh para todas las mujeres embarazadas y examen de seguimiento
23. Evaluación e intervención acerca el uso de tabaco para todas las mujeres, y consejería extensiva para mujeres embarazadas que fuman
24. Prevención y asesoría acerca de las infecciones de transmisión sexual
25. Evaluación para Sífilis
26. Evaluación para incontinencia urinaria
27. Visita de bienestar para recibir los servicios preventivos que son recomendados

Servicios preventivos cubiertos para niños

1. Evaluación de consumo de alcohol, tabaco y drogas
2. Detección de autismo para niños, limitado a 2 evaluaciones hasta los 24 meses de edad
3. Evaluación de comportamiento, limitado a 5 evaluaciones hasta los 17 años de edad
4. Examen de concentración de bilirrubina para recién nacidos
5. Análisis de sangre para recién nacidos
6. Evaluación de presión arterial
7. Detección de displasia cervical
8. Detección de hipotiroidismo congénito en recién nacidos
9. Evaluación para depresión en jóvenes con 12 años de edad o más
10. Examen de desarrollo para niños menores de 3 años con vigilancia durante la infancia
11. Evaluación de dislipidemia para niños
12. Suplementos de quimioprevención con fluoruro, con receta médica, para niños sin fluoruro en su fuente de agua y barniz de flúor para los dientes primarios hasta los 5 años de edad
13. Medicamentos preventivos para la gonorrea para los ojos de todos los recién nacidos
14. Prueba de audición para todos los recién nacidos y 3 pruebas adicionales periódicamente hasta los 21 años de edad
15. Mediciones de altura, peso e índice de masa corporal para niños
16. Prueba de detección de hematocritos o hemoglobina para niños
17. Detección de hemoglobinopatías o células faciformes para recién nacidos
18. Detección de Hepatitis B para adolescentes
19. Examen de VIH para adolescentes
20. Inmunizaciones para niños desde recién nacidos hasta los 18 años: Difteria, Tétano, Pertussis (tós ferina), Haemophilus influenza tipo B, Hepatitis A, Hepatitis B, Virus del papiloma humano (VPH), Poliovirus inactivado, Influenza (vacuna contra la gripe), Sarampión, Meningitis, Neumococo, Rotovirus, Varicela.
21. Suplementos de hierro con receta médica, para niños entre 6-12 meses con riesgo de anemia
22. Detección de plomo
23. Detección de depresión maternal para las madres de bebés durante las visitas de 1, 2, 4 y 6 meses
24. Historial médico para todos los niños durante su desarrollo. Edades: 0 a 11 meses, 1 a 4 años, 5 a 10 años, 11 a 14 años, 15 a 17 años
25. Evaluación y consejería acerca de la obesidad
26. Evaluación para riesgo de la salud oral para niños de hasta 10 años
27. Detección de Fenilcetonuria (FCU) para recién nacidos
28. Consejería de prevención y evaluación para infecciones de transmisión sexual (ITS) para adolescentes
29. Consejería de comportamiento acerca del cáncer cutáneo para los adolescentes de piel clara con 10 años o más
30. Detección de uso de tabaco, asesoría e intervención de cesación para niños y adolescentes
31. Prueba de tuberculina para niños
32. Examen de visión para niños

MEC Cobertura Esencial Mínima

	MEC	TARIFAS SEMANALES
Beneficios cubiertos	Dentro de la red	EMPLEADO
Deducible (individual/familia)	\$0/\$0	\$8.30
Coaseguro (porción del empleado)	100%	EMPLEADO + CONYUGE
Desembolso Máximo	\$0/\$0	\$17.48
Red PPO		EMPLEADO + NIÑO(S)
Servicios de Sala de Emergencia	N/A	\$31.84
Servicios Hospitalarios para Pacientes Internados	N/A	FAMILIA
Visita a Médico Primario para tratar una herida o enfermedad	N/A	\$41.02
Visita a un Especialista	N/A	
Servicios de Salud Mental/Comportamiento y Abuso de Sustancias para Paciente Ambulatorio	N/A	
Imágenes Médicas (tomografía, escáner TEP, IRM)	N/A	
Terapia de Rehabilitación del Habla	N/A	
Terapia de Rehabilitación Ocupacional y Física	N/A	
Cuidado Preventivo/Evaluaciones/Inmunizaciones (MEC)	Cubre 100% de los 81 beneficios preventivos y de bienestar listados	
Servicios Profesionales y de Laboratorio para Pacientes Ambulatorios	N/A	
Radiografías e Imágenes Diagnósticas	N/A	
Honorarios de Instalaciones para Pacientes Ambulatorios	N/A	
Médico Cirujano / Servicios Quirúrgicos para Paciente Ambulatorio	N/A	
Beneficio para Manejo de Enfermedad Crónica (CDM)	N/A	
Beneficio de Vida con MA&D	N/A	
RealTime Servicios		
RealTimeTelemed	Llamadas ilimitadas	
RealTimeChoices	Acceso ilimitado	
Geo Fencing ER and Rx	Acceso ilimitado	

MEC Plus BENEFICIOS MÉDICOS LIMITADOS

		MEC Plus	TARIFAS SEMANALES
Beneficios cubiertos		Dentro de la red	EMPLEADO
Beneficio de indemnización diaria por hospitalización		\$200 beneficio diario, máximo de 180 días	\$28.44
Beneficio de indemnización diaria para visita médica		\$60 diarios, máximo de 6 días por período de beneficio	EMPLEADO + CONYUGE
Beneficio de indemnización diaria para rayos-x y laboratorio		\$50 diarios con un máximo de 3 días por período de beneficio	\$56.61
Beneficio diario para medicamentos recetados		\$15 diarios, máximo de 20 días por período de beneficio	EMPLEADO + NIÑO(S)
Beneficio de indemnización para ingreso inicial al hospital		\$1,000 diarios, máximo de 1 día y 1 admisión por período de beneficio	\$70.97
Beneficio de indemnización diario para servicio de ambulancia		\$100 diarios, máximo de 3 días por período de beneficio	FAMILIA
Seguro Grupal de Vida a Término para el Empleado		\$5,000 por Empleado	\$100.25
Beneficio de indemnización diaria por cirugía hospitalaria y anestesia		\$1,000 por día/\$200 Anestesia, 1 día máximo por período de beneficio	
Cirugía ambulatoria & Anestesia Indemnización diaria Ventaja		\$500 por día/\$100 Anestesia, 1 día máximo por período de beneficios	
Beneficios de enfermedades críticas		\$5,000 por empleado	
Visita a la sala de emergencias beneficio de indemnización diaria *cubre enfermedades y accidentes		Beneficio diario de \$100 con un máximo de 3 días por período de beneficios	
Cobra		Incluido	
RealTime Servicios			
RealTimeTelemed		Llamadas ilimitadas	
RealTimeChoices		Acceso ilimitado	
Geo Fencing ER and Rx		Acceso ilimitado	

MEC HEAVYSM Plan

Dado que el plan MEC cubre específicos servicios preventivos, también ofrecemos el plan MEC Heavy que brinda beneficios más significantes para los individuos que desean un plan MEC más integral. El plan MEC Heavy cubre los servicios preventivos requeridos bajo MEC en adición a los servicios de sala de emergencia, visitas a médico primario y especialistas, imágenes médicas (IRM, escáner TEP, exploración CT), servicios de laboratorio, radiografía, imágenes diagnósticas y medicamentos recetados. El MEC Heavy incluyen nuestro aclamado programa de manejo de enfermedades crónicas en conjunto con el programa diabético, RealTimeHealth, y la herramienta de transparencia de costos RealTimeChoices. El plan MEC Heavy ofrece beneficios significantes a un precio asequible.

Categorías excluidas del Plan MEC Heavy

- Todos los servicios para pacientes internados
- Servicios de salud mental/comportamiento y abuso de sustancias para pacientes ambulatorios
- Terapia de rehabilitación del habla
- Terapia de rehabilitación ocupacional y terapia de rehabilitación física
- Instalación de enfermería especializada
- Honorarios de instalaciones para pacientes ambulatorios
- Servicios quirúrgicos / médico cirujano para cirugía de paciente ambulatorio
- Todos los medicamentos de marca
- Medicinas especializadas (incluyendo los medicamentos compuestos)
- Medicinas relacionadas con salud mental y abuso de sustancias, tal como TDAH

MEC Heavy ofrece un plan de co-pago diseñado con un desembolso máximo individual de \$5,000. Los beneficios fuera de la red están cubiertos con un deducible individual de \$500 y familiar de \$1,000 el coaseguro es 40%, no hay un desembolso máximo.

Los miembros del plan MEC Heavy recibirán una tarjeta de identificación médica que debe ser presentada al proveedor médico en el momento de servicio.

Minimum Essential Coverage (MEC) cubre el 100% de la lista gubernamental de beneficios preventivos y del bienestar cuando se visita un proveedor dentro de la red (40% fuera de la red).

81 SERVICIOS DE CUIDADO PREVENTIVO ESTAN CUBIERTOS AL 100%

Acceso **ILIMITADO** a RealTimeTelemed, RealTimeHealth y RealTimeChoices

VALIOSOS BENEFICIOS PARA TODA LA FAMILIA



Acceso a médicos certificados por teléfono o aplicación móvil - en cualquier momento desde cualquier lugar por un **\$0 copago**. RealTimeTelemed fue diseñado como una alternativa al cuidado costoso en el centro de atención urgente o para visitas a la sala de emergencia o días de espera para ver a su médico primario para una situación médica de no emergencia.



RealTimeHealth es un programa para el manejo de la diabetes que utiliza un glucómetro móvil (celular) de vanguardia para automáticamente, consistentemente y correctamente tomar y rastrear las lecturas de glucosa del miembro.



RealTimeChoices es una solución para transparencia de costo que le dispone las herramientas necesarias para gestionar mejor su salud.

MEC HEAVYSM Plan

	MEC Heavy
Beneficios cubiertos	Dentro de la red
Deducible (individual / familia)	\$0/\$0
Coaseguro (porción del empleado)	100%
Desembolso Máximo	\$5,000/\$13,200
Red PPO	
Beneficio de Manejo de Enfermedad Crónica (CDM)	Servicios que están cubiertos al 100% (61 servicios) para 26 enfermedades crónicas predeterminadas
Cuidado Preventivo/Evaluaciones/Inmunizaciones (MEC)	Cubre 100% de los 81 beneficios preventivos y del bienestar (ver la página titulada Servicios Preventivos)
Servicios Profesionales y de Laboratorio para Pacientes Ambulatorios(sólo cuales no son de la sala de emergencia)	\$75 copago (por laboratorio) después el plan paga 100%
Rayos-x e imágenes diagnósticas (sólo cuales no son de la sala de emergencia)	\$75 copago (por laboratorio) después el plan paga 100%
Imágenes médicas (tomografía, escáner TEP, IRM) (sólo cuales no son de la sala de emergencia)	\$500 copago (por imagen) después el plan paga 100%
Medicamentos recetados (solamente genéricos)	\$15 copago después el plan paga 100%
Beneficio de Vida con MA&D	\$10,000
RealTime Servicios	
RealTimeTelemed	Llamadas ilimitadas
Programa de Transparencia RealTimeChoices	Acceso ilimitado
RealTimeHealth Programa Diabético	CUBIERTO AL 100%
Geo Fencing ER y Rx	Acceso ilimitado

TARIFAS SEMANALES
EMPLEADO
\$44.69
EMPLEADO + CONYUGE
\$73.47
EMPLEADO + NIÑO(S)
\$71.85
FAMILIA
\$102.08

*Beneficios fuera de la red incluye un deducible de \$500 para el individual y de \$1,000 para la familia con un coaseguro de 40% y ningún desembolso máximo.

MEC HEAVYSM BENEFICIOS DE INDEMNIDAD TOTALMENTE ASEGURADOS

	MEC Heavy SM
Beneficios cubiertos	Dentro de la red
Beneficio de indemnización diaria por hospitalización	\$500 diarios con un período máximo de beneficio de 180 días
Beneficio de indemnización para ingreso inicial al hospital	N/A
Beneficio de indemnización diaria para cirugía y anestesia para paciente internado	N/A
Beneficio de indemnización diaria para cirugía y anestesia para paciente ambulatorio	N/A
Beneficio de indemnización para cuidados intensivos	N/A
Beneficio para visita médica para paciente ambulatorio (médico primario y especialista)	\$100 beneficio diario con un máximo de 3 días por período de beneficio
Beneficio de sala de emergencia	\$200 beneficio diario con un máximo de 1 día por período de beneficio
Beneficios de enfermedades críticas	Beneficio de \$5,000

MEC HEAVY PLUS BENEFICIOS MÉDICOS LIMITADOS

	MEC Heavy Plus	TARIFAS SEMANALES
Beneficios cubiertos	Dentro de la red	EMPLEADO
Beneficio de indemnización diaria por hospitalización	\$500 diario con un período de beneficio máximo de 180 días	\$50.44
Beneficio de indemnización para ingreso inicial al hospital	\$1,000 beneficio de 1-día con un máximo de 1 ingreso por período de beneficio	EMPLEADO + CONYUGE
Beneficio de indemnización diaria para cirugía y anestesia para paciente internado	\$500 beneficio diario, máximo de 1 día por período de beneficio. Incluye beneficio diario de 20% para anestesia	\$84.51
Beneficio de indemnización diaria para cirugía y anestesia para paciente ambulatorio	\$250 beneficio diario, máximo de 1 día por período de beneficio. Incluye beneficio diario de 20% para anestesia	EMPLEADO + NIÑO(S)
Beneficio de indemnización para cuidados intensivos	\$500 beneficio diario con un máximo de 30 días por período de beneficio	\$82.66
Beneficio para visita médica para paciente ambulatorio (médico primario y especialista)	\$100 beneficio diario con un máximo de 3 días por período de beneficio	FAMILIA
Beneficio de sala de emergencia	\$200 beneficio diario con un máximo de 1 día por período de beneficio	\$118.47
Beneficios de enfermedades críticas	Beneficio de \$5,000	

MVP Plan de Valor Mínimo

El Minimum Value Plan (MVP) es un plan con deducible alto que ofrece cobertura muy limitada. El MVP no incluye los servicios requeridos MEC. Distinto a los planes siendo ofrecidos en el mercado, el MVP tiene una lista de servicios que no están cubiertos por el plan. El MVP cubre los siguientes servicios después de que se haya satisfecho el deducible de \$6,500. Servicios de sala de emergencia, servicios hospitalarios para pacientes internados, visitas a médicos primarios y especialistas, imágenes médicas, servicios de laboratorio, radiografías e imágenes diagnósticas y, ciertos tipos de medicamentos genéricos y de marca. Favor de prestar mucha atención a la lista a continuación que detalla las categorías de los beneficios excluidos.



RealTimeHealth es un programa para el manejo de la diabetes que utiliza un glucómetro móvil (celular) de vanguardia para automáticamente, consistentemente y correctamente tomar y rastrear las lecturas de glucosa del miembro.



RealTimeChoices is a healthcare price transparency solution that gives you the tools you need to better manage your healthcare.

El MVP ofrece un diseño de plan muy limitado que excluye las siguientes categorías principales de servicios:

- Servicios de salud mental / comportamiento y abuso de sustancias para pacientes ambulatorios
- Terapia de rehabilitación del habla
- Terapia de rehabilitación ocupacional y terapia de rehabilitación física
- Honorarios para instalación de enfermería especializada
- Servicios quirúrgicos / médico cirujano para cirugía de paciente ambulatorio
- Medicinas especializadas (incluyendo medicamentos compuestos)
- Medicinas relacionadas con salud mental y abuso de sustancias, tal como TDAH

El MVP ofrece un diseño de plan con un deducible individual de \$6,500 y de \$13,200 para la familia. El miembro tiene responsabilidad por el coaseguro de 40%. El desembolso máximo es \$6,500 para el individual y \$13,200 para la familia.

El miembro MVP recibirá una tarjeta de identificación médica que debe ser presentada al proveedor médico en el momento de servicio.

Note: Porque casi todas las categorías de beneficios son sujetas al deducible, es importante tener un presupuesto para el deducible de \$6,500, que es \$541 mensual en adición a su contribución máxima de prima.

IMPORTANTE

Para inscribirse en el programa MVP, el solicitante tiene que completar una solicitud adicional. Esta solicitud es mandatoria y requiere información extensiva para ser completada. A continuación se detallan los elementos que son necesarios para completar la solicitud:

- **Información del seguro médico previo incluyendo:** nombre de la compañía de seguro, número de póliza, fecha de vigencia, fecha de terminación (si es aplicable), nombre del asegurado, número de identificación del miembro, nombre del empleador, lista de los dependientes que estaban en la póliza previa. Esto incluye todos los planes médicos patrocinados por empleadores, Medicaid, Medicare, Champus y Tricare.
- **Otra información acerca de seguros de salud incluyendo:** nombre de la compañía de seguro, número de póliza, fecha de vigencia, fecha de terminación (si es aplicable), nombre del asegurado, número de identificación del asegurado, nombre del empleador, lista de los dependientes que estaban en la póliza previa. Esto incluye todos los planes médicos patrocinados por empleadores, Medicaid, Medicare, Champus, Tricare, etc.
- **Información de los dependientes:** nombre completo, fecha de nacimiento, número de seguro social, sexo, altura, peso. Esto incluye dependientes menores de edad y cónyuge.
- **Historial médico de los últimos cinco años:** historial de visitas médicas, historial de condiciones crónicas, nombre, dirección y número de teléfono de los médicos dando diagnósticos y tratamientos, fecha de inicio y final de tratamientos, descripción de tratamientos y nivel de recuperación.

MVP

	MVP
Beneficios cubiertos	Dentro de la red
Deducible (individual / familia)	6,500 / \$13,200
Coaseguro	60%
Desembolso Máximo (individual / familia)	\$6,500 / \$13,200
Servicios de Sala de Emergencia	\$6,500 Deducible
Servicios Hospitalarios para Pacientes Internados	\$6,500 Deducible
Visita a Médico Primario para tratar una herida o enfermedad	\$50 Copago y 60% coaseguro
Visita a un Especialista	\$70 Copago y 60% coaseguro
Sevicio de Salud Mental / Comportamiento y Abuso de Sustancia para Paciente Ambulatorio	NO HAY COBERTURA
Imágenes Médicas (tomografía, escáner TEP, IRM)	\$6,500 Deducible
Terapia de Rehabilitación del Habla	NO HAY COBERTURA
Terapia de Rehabilitación Ocupacional y Terapia de Rehabilitación Física	NO HAY COBERTURA
Cuidado Preventivo / Evualuaciones / Inmunizaciones (MEC)	Cubre 100% de los 81 beneficios preventivos y de bienestar listados
Servicios Profesionales y de Laboratorio para Paciente Ambulatorio	\$6,500 Deducible
Radiografías e Imágenes Diagnósticas	\$6,500 Deducible
Honorarios de Instalaciones para Pacientes Ambulatorios	NO HAY COBERTURA
Médico Cirujano / Servicios Quirúrgicos para Paciente	NO HAY COBERTURA
Beneficio para el Manejo de Enfermedad Crónica (CDM)	Servicios cubiertos al 100% (61) para 26 enfermedades crónicas predeterminadas
Beneficio de Vida con MA&D	N/A
RealTimeChoices Programa de Transparencia	ACCESO ILIMITADO
RealTimeHealth Programa Diabético	CUBIERTO AL 100%
Medicamentos Recetados	
Genéricos	\$6,500 Deducible
Ciertos medicamentos de marca preferida	\$6,500 Deducible
Ciertos medicamentos de marca no preferida	NO HAY COBERTURA
Medicamentos especializados y compuestos	NO HAY COBERTURA

TARIFAS SEMANALES

PARA LAS TARIFAS REALES

Ver la siguiente página

MVP Línea para Consejero de Beneficios

FAVOR DE LEER CUIDADOSAMENTE

KEYSOLUTION MVP LINEA PARA CONSEJERO DE BENEFICIOS

Los Consejeros de Beneficios de MVP solamente están disponibles para preguntas específicas a MVP. Si tiene alguna pregunta acerca de cualquier otra parte del programa KeySolution 5M favor de entrar en contacto con su representante de recursos humanos y ellos podrán responder cualquier pregunta que pueda tener.

¿QUE NECESITO ANTES DE LLAMAR?

Usted debe solicitar, completar y regresar el MVP Health Questionnaire (MHQ) desde su departamento de recursos humanos. Antes de llamar, asegúrese de tener una copia del cheque de pago más reciente. Favor de permitir que pasen cinco días laborales después de enviar su MHQ antes de llamar a la línea de consejeros. KBA tiene que recibir su MHQ antes de contestar a su llamada.

¿QUE PUEDO ANTICIPAR DE ESTA LLAMADA?

Nuestros consejeros de beneficios MVP están encantados de ayudarlo con cualquier pregunta relacionada con KeySolution 5M MVP. El consejero de beneficios le explicará el requerimiento de contribución para MVP (9.86% de su sueldo anual bruto). También le explicarán las categorías de beneficios que no están cubiertas por MVP.

LISTA ANTES DE LLAMAR

- Solicitar el cuestionario de salud del departamento de recursos humanos
- Completar el cuestionario de salud
- Regresar el cuestionario de salud al departamento de recursos humanos
- Obtener una copia del cheque de pago más reciente
- Esperar cinco (5) días laborales antes de llama

CONTACTOS

Key Benefit Administrators

proporciona una línea de Consejeros de Beneficios dedicada a KeySolution MVP

1.866.613.3450

Business Hours:
8:30am - 7:30pm

Costo de Aseguransa para empleados de American StaffCorp
December 1, 2019 - November 30, 2020

MEC	Costo al mes para empleado	Costo semanal para empleado
Solamente Empleado	\$36.00	\$8.30
Empleado + Esposa/o	\$75.75	\$17.48
Empleado + Hijo/os	\$137.99	\$31.84
Empleado + Familia	\$177.74	\$41.02
MEC Plus	Costo al mes para empleado	Costo semanal para empleado
Solamente Empleado	\$123.22	\$28.44
Empleado + Esposa/o	\$245.31	\$56.61
Empleado + Hijo/os	\$307.52	\$70.97
Empleado + Familia	\$434.41	\$100.25
MEC Heavy	Costo al mes para empleado	Costo semanal para empleado
Solamente Empleado	\$193.66	\$44.69
Empleado + Esposa/o	\$318.35	\$73.47
Empleado + Hijo/os	\$311.34	\$71.85
Empleado + Familia	\$442.33	\$102.08
MEC Heavy Plus	Costo al mes para empleado	Costo semanal para empleado
Solamente Empleado	\$218.59	\$50.44
Empleado + Esposa/o	\$366.21	\$84.51
Empleado + Hijo/os	\$358.21	\$82.66
Empleado + Familia	\$513.38	\$118.47
MVP	Costo al mes para empleado	Costo semanal para empleado
Solamente Empleado	Favor de contactar American StaffCorp para el costo. (918) 362-WORK (9675)	
Empleado + Esposa/o		
Empleado + Hijo/os		
Empleado + Familia		



El Resumen de beneficios y cobertura (SBC, por sus siglas en inglés) es un documento que le ayudará a elegir un [plan](#) médico. El SBC le muestra cómo usted y el [plan](#) compartirían el costo de los servicios médicos cubiertos. **NOTA: La información sobre el costo de este [plan](#) (llamada [prima](#)) se proporcionará aparte. Esto es solo un resumen.** Para más información sobre su cobertura, o para obtener una copia de los términos de cobertura completos, www.kbasolution.com o llamar a 877-851-0906. Para una definición de los términos de uso común, como [monto permitido](#), [facturación del saldo](#), [coseguro](#), [copago](#), [deducible](#), [proveedor](#) u otros términos delineados consulte el glosario. Puede ver una copia del glosario en www.healthcare.gov/sbc-glossary o llamar a 1-877-851-0906 para solicitar una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante
¿Cuál es el deducible general?	\$0	Consulte la tabla de eventos comunes a continuación para ver los costos de servicio que cubre este plan .
¿Se cubre algún servicio antes de pagar todo el deducible ?	Sí. Servicios preventivos son cubiertos antes de que el deducible de su.	Este plan cubre algunas partidas y servicios incluso si aún no ha cubierto el monto total del deducible . Sin embargo, es posible que se aplique un copago o coseguro . Por ejemplo, este plan cubre algunos servicios preventivos sin costos compartidos y antes de que cumpla con su deducible . Vea una lista de servicios preventivos cubiertos en https://www.cuidadodesalud.gov/es/coverage/preventive-care-benefits/ .
¿Hay algún otro deducible por servicios específicos?	No.	No tiene que pagar un deducible por servicios específicos.
¿Cuál es el máximo en gastos directos del bolsillo de este plan ?	No se aplica.	Este plan no tiene un máximo directo de bolsillo por sus gastos.
¿Qué no incluye el desembolso máximo ?	No se aplica.	Este plan no tiene un máximo directo de bolsillo por sus gastos.
¿Pagará un poco menos si acude a un proveedor dentro de la red medica ?	Sí. Véa www.multiplan.com o llame al 1-888-342-7427 para una lista de proveedor dentro de la red .	Este plan no tiene un proveedor dentro de la red. Usted pagará menos si acude a un proveedor dentro de la red del plan. Usted pagará más si acude a un proveedor fuera de la red , y es posible que reciba una factura de un proveedor por la diferencia en el costo del proveedor y lo que su plan paga (facturación del saldo). Tenga en mente que su proveedor dentro de la red podría utilizar un proveedor fuera de la red para algunos servicios (como laboratorios medicos). Consulte con su proveedor antes de obtener servicios.
¿Necesita un referido para ver a un especialista ?	No.	Puede acudir al especialista de su preferencia sin un referido.



Todos los costos de [copago](#) y [coseguro](#) que se indican en esta tabla son después de que se haya completado el [deducible](#), si aplica un [deducible](#).

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
Si acude a la oficina o clínica de un proveedor de salud	Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	No está cubierto	No está cubierto	Ninguna
	Visita al especialista	No está cubierto	No está cubierto	Ninguna
	Atención preventiva/examen colectivo /vacuna	Sin cargo	60% de coseguro	Que tenga que pagar por servicios que no son preventivas . Pregúntele a su proveedor si los servicios son preventivos. Compruebe que su plan pagará por.
Si se realiza un examen	Prueba diagnóstica (radiografía, análisis de sangre)	No está cubierto	No está cubierto	Ninguna
	Estudios de imágenes (tomografía computarizada, estudio PET, resonancia magnética)	No está cubierto	No está cubierto	
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o infección	Medicamentos genéricos	No está cubierto	No está cubierto	Ninguna
	Medicamentos de marcas preferidas	No está cubierto	No está cubierto	
	Medicamentos de marcas no preferidas	No está cubierto	No está cubierto	
	Medicamentos especializados	No está cubierto	No está cubierto	
Si se somete a una operación ambulatoria	Cargo de instalaciones (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	No está cubierto	No está cubierto	Ninguna
	Honorarios del médico/cirujano	No está cubierto	No está cubierto	
Si necesita atención médica inmediata	Atención en la sala de emergencias	No está cubierto	No está cubierto	Ninguna
	Transporte médico de emergencia	No está cubierto	No está cubierto	
	Atención de urgencia	No está cubierto	No está cubierto	
Si le hospitalizan	Cargo de instalaciones (p. ej., habitación de hospital)	No está cubierto	No está cubierto	Ninguna
	Honorarios del médico/cirujano	No está cubierto	No está cubierto	

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
Si necesita servicios de salud mental, conductual o toxicomanías	Sevicios ambulatorios	No está cubierto	No está cubierto	Ninguna
	Servicios internos	No está cubierto	No está cubierto	
Si está embarazada	Visitas al consultorio	Sin cargo	60% de coseguro	Intercambio de coste no se aplica a ciertos servicios preventivos . Dependiendo del tipo de servicios, se puede aplicar coseguro . Atención de maternidad puede incluir pruebas y servicios que se describe en la CE (es decir, ultrasonido).
	Servicios de parto profesionales	No está cubierto	No está cubierto	
	Servicios de instalaciones de partos profesionales	No está cubierto	No está cubierto	
Si necesita ayuda recuperándose o tiene otras necesidades de salud especiales	Cuidado de la salud en el hogar	No está cubierto	No está cubierto	Ninguna
	Servicios de rehabilitación	No está cubierto	No está cubierto	
	Servicios de habilitación	No está cubierto	No está cubierto	
	Cuidado de enfermería especializada	No está cubierto	No está cubierto	
	Equipo médico duradero	No está cubierto	No está cubierto	
	Servicios de cuidados paliativos o enfermos terminales	No está cubierto	No está cubierto	
Si su niño necesita servicios odontológicos o de la vista	Examen de la vista pediátrico	No está cubierto	No está cubierto	Ninguna
	Anteojos para niños	No está cubierto	No está cubierto	
	Chequeo dental pediátrico	No está cubierto	No está cubierto	

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos

Servicios que su plan generalmente NO cubre (consulte el documento de su plan o póliza para encontrar más información y una lista de otros servicios excluidos.)		
<ul style="list-style-type: none"> • Acupuntura • Cirugía bariátrica • Cuidados quiroprácticos • Cirugía estética • Cuidados dentales 	<ul style="list-style-type: none"> • Audífonos • Infertilidad • Cuidados de larga duración • Cuidados no urgentes durante viajes fuera de los EE. UU. 	<ul style="list-style-type: none"> • Servicios de enfermería privados • Examen de la vista rutinario (adultos) • Cuidados podológicos rutinarios
Otros servicios cubiertos (podrían aplicarse limitaciones a estos servicios. Esto no es una lista completa. Consulte el documento de su plan.)		
<ul style="list-style-type: none"> • Programas de pérdida de peso (los que aparecen en la ley PPACA). 		

Sus derechos a continuar con su cobertura Hay agencias que pueden ayudarle si desea continuar con su cobertura cuando esta termine. La información de contacto de estas agencias es: Plan visite www.kbasolution.com o llame al 877-851-0906; el Departamento de Trabajo los Estados Unidos, la Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado en el 866-444-3272 o www.dol.gov/ebsa o el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. en el 877-267-2323 x61565 o www.cciio.cms.gov. Podría tener también otras opciones de cobertura, como comprar cobertura de seguro individual a través del [Mercado](#) de Seguro Médico. Para más información acerca del [Mercado](#), visite www.CuidadDeSalud.gov o llame al 1-800-318-2596.

Sus derechos para presentar quejas o apelaciones: Hay agencias que pueden ayudarle si tiene una queja contra su [plan](#) por negarle una [reclamación](#). Esta queja se llama [reclamo](#) o [apelación](#). Para más información acerca de sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá para este [reclamo](#) médico. Sus documentos del [plan](#) también incluirán información completa sobre cómo presentar un [reclamo](#), [apelación](#) o una [queja](#) a su [plan](#) por cualquier motivo. Para más información sobre sus derechos, esta notificación o para recibir asistencia, comuníquese con: Key Benefit Administrators at 877-851-0906 o la Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado en el 866-444-3272 o www.dol.gov/healthreform.

¿Este plan proporciona cobertura esencial mínima? Sí

Si no tiene [cobertura esencial mínima](#) durante un mes, tendrá que realizar un pago con su declaración de impuestos, a menos que califique para una exención del requisito de tener cobertura médica ese mes.

¿Este plan cumple con los estándares de valor mínimo? Sí

Si su [plan](#) no cumple con los [estándares de valor mínimo](#), usted podría calificar para un [crédito fiscal para las primas](#) para ayudarle a pagar un [plan](#) a través del [Mercado](#).

Servicios lingüísticos:

Spanish (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al 877-851-0906.

Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 877-851-0906.

Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 877-851-0906.

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 877-851-0906.

—————*Para ver ejemplos de cómo este plan podría cubrir los costos de una situación médica hipotética, consulte la próxima sección.*—————

Acerca de los ejemplos de cobertura:



Este no es un estimador de costos. Los tratamientos ilustrados son ejemplos de cómo este [plan](#) podría cubrir atención médica. Los costos en sí serán diferentes, en función de la atención que termine recibiendo, los precios que cobren sus [proveedores](#) y dentro del [plan](#). Utilice esta información para comparar la porción de los costos que usted tendría que pagar con otros [planes](#) médicos distintos. Tenga en mente que estos ejemplos de cobertura se basan solo en la cobertura individual.

Peg está embarazada

(nueve meses de atención prenatal en la red y parto en el hospital)

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$0
- [Especialista copago](#) \$0
- Hospital (instalaciones) [coseguro](#) 0%
- Otro [coseguro](#) 0%

Este EJEMPLO incluye servicios como:

Visitas al especialista (*atención prenatal*)
 Servicios de parto profesionales
 Servicios de instalaciones de partos profesionales
 Pruebas diagnósticas (*sonogramas y análisis de sangre*)
 Visita al especialista (*anestesia*)

Costo total hipotético \$12,800

En este ejemplo, Peg pagaría:

<i>Costo compartido</i>	
Deducibles	\$0
Copagos	\$0
Coseguro	\$0
<i>Qué no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$12,760
El total que Peg pagaría es	\$12,760

Control de la diabetes tipo 2 de Joe

(un año de atención en la red de rutina de una enfermedad bien manejada)

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$0
- [Especialista copago](#) \$0
- Hospital (instalaciones) [coseguro](#) 0%
- Otro [coseguro](#) 0%

Este EJEMPLO incluye servicios como:

Visitas al consultorio del médico primario (*incluye sesiones informativas sobre la enfermedad*)
 Pruebas diagnósticas (*análisis de sangre*)
 Medicamentos por recetas
 Equipo médico duradero (*medidor de glucosa*)

Costo total hipotético \$7,400

En este ejemplo, Joe pagaría:

<i>Costo compartido</i>	
Deducibles	\$0
Copagos	\$0
Coseguro	\$0
<i>Qué no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$7,250
El total que Joe pagaría es	\$7,250

Fractura simple de Mia

(visita a la sala de emergencias dentro de la red y visitas de seguimiento)

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$0
- [Especialista copago](#) \$0
- Hospital (instalaciones) [coseguro](#) 0%
- Otro [coseguro](#) 0%

Este EJEMPLO incluye servicios como:

Sala de emergencias (*incluye materiales médicos*)
 Prueba diagnóstica (*radiografía*)
 Equipo médico duradero (*muletas*)
 Servicios de rehabilitación (*terapia física*)

Costo total hipotético \$1,900

En este ejemplo, Mia pagaría:

<i>Costo compartido</i>	
Deducibles	\$0
Copagos	\$0
Coseguro	\$0
<i>Qué no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$1,900
El total que Mia pagaría es	\$1,900

El [plan](#) sería responsable de los demás costos por estos servicios cubiertos en este EJEMPLO.



El Resumen de beneficios y cobertura (SBC, por sus siglas en inglés) es un documento que le ayudará a elegir un [plan](#) médico. El SBC le muestra cómo usted y el [plan](#) compartirían el costo de los servicios médicos cubiertos. **NOTA: La información sobre el costo de este [plan](#) (llamada [prima](#)) se proporcionará aparte. Esto es solo un resumen.** Para más información sobre su cobertura, o para obtener una copia de los términos de cobertura completos, www.kbasolution.com o llamar a 877-851-0906. Para una definición de los términos de uso común, como [monto permitido](#), [facturación del saldo](#), [coseguro](#), [copago](#), [deducible](#), [proveedor](#) u otros términos [delineados](#) consulte el glosario. Puede ver una copia del glosario en www.healthcare.gov/sbc-glossary o llamar a 1-877-851-0906 para solicitar una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante
¿Cuál es el deducible general?	Dentro de la red \$0; fuera de la red \$500 por persona / \$1,000 por familia	Consulte la tabla de eventos comunes a continuación para ver los costos de servicio que cubre este plan .
¿Se cubre algún servicio antes de pagar todo el deducible ?	Sí. Servicios preventivos son cubiertos antes de que el deducible de su.	Este plan cubre algunas partidas y servicios incluso si aún no ha cubierto el monto total del deducible . Sin embargo, es posible que se aplique un copago o coseguro . Por ejemplo, este plan cubre algunos servicios preventivos sin costos compartidos y antes de que cumpla con su deducible . Vea una lista de servicios preventivos cubiertos en https://www.cuidadodesalud.gov/es/coverage/preventive-care-benefits/ .
¿Hay algún otro deducible por servicios específicos?	No.	No tiene que pagar un deducible por servicios específicos.
¿Cuál es el máximo en gastos directos del bolsillo de este plan ?	Proveedores dentro de la red \$5,000 por persona / \$13,200 por familia; proveedores fuera de la red sin máximo	El límite a los gastos directos del bolsillo es el máximo que podría pagar en un año por servicios cubiertos.
¿Qué no incluye el desembolso máximo ?	Copagos por algunos servicios, primas, balance de facturación cargos y cuidado de la salud este plan no cubre.	Aunque usted pague estos costos, no cuentan para el límite de gastos directos del bolsillo.
¿Pagará un poco menos si acude a un proveedor dentro de la red medica ?	Sí. Vea www.multiplan.com o llame al 1-888-342-7427 para una lista de proveedor dentro de la red .	Este plan no tiene un proveedor dentro de la red. Usted pagará menos si acude a un proveedor dentro de la red del plan. Usted pagará más si acude a un proveedor fuera de la red , y es posible que reciba una factura de un proveedor por la diferencia en el costo del proveedor y lo que su plan paga (facturación del saldo). Tenga en mente que su proveedor dentro de la red podría utilizar un proveedor fuera de la red para algunos servicios (como laboratorios medicos). Consulte con su proveedor antes de obtener servicios.
¿Necesita un referido para ver a un especialista ?	No.	Puede acudir al especialista de su preferencia sin un referido.



Todos los costos de [copago](#) y [coseguro](#) que se indican en esta tabla son después de que se haya completado el [deducible](#), si aplica un [deducible](#).

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
Si acude a la oficina o clínica de un proveedor de salud	Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	No está cubierto	No está cubierto	Ninguna
	Visita al especialista	No está cubierto	No está cubierto	Ninguna
	Atención preventiva/examen colectivo /vacuna	Sin cargo	60% de coseguro	Que tenga que pagar por servicios que no son preventivas . Pregúntele a su proveedor si los servicios son preventivos. Compruebe que su plan pagará por.
Si se realiza un examen	Prueba diagnóstica (radiografía, análisis de sangre)	\$75 de copago/servicio	60% de coseguro	Ninguna
	Estudios de imágenes (tomografía computarizada, estudio PET, resonancia magnética)	\$500 de copago/imagen	60% de coseguro	
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o infección	Medicamentos genéricos	\$15 de copago al por menor y \$37.50 de copago para pedido por correo	No está cubierto	Cubre hasta un suministro de 34 días (retail); 31-90 días de suministro (pedido por correo). Limitado a \$1.000 por prescripción. Cantidades más que el límite no cuentan hacia el límite de su propio bolsillo.
	Medicamentos de marcas preferidas	No está cubierto	No está cubierto	Ninguna
	Medicamentos de marcas no preferidas	No está cubierto	No está cubierto	
	Medicamentos especializados	No está cubierto	No está cubierto	
Si se somete a una operación ambulatoria	Cargo de instalaciones (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	No está cubierto	No está cubierto	Ninguna
	Honorarios del médico/cirujano	No está cubierto	No está cubierto	
Si necesita atención médica inmediata	Atención en la sala de emergencias	No está cubierto	No está cubierto	Ninguna
	Transporte médico de emergencia	No está cubierto	No está cubierto	
	Atención de urgencia	No está cubierto	No está cubierto	

* Para más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte el documento del plan o la póliza en www.kbasolution.com.

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
Si le hospitalizan	Cargo de instalaciones (p. ej., habitación de hospital)	No está cubierto	No está cubierto	Ninguna
	Honorarios del médico/cirujano	No está cubierto	No está cubierto	
Si necesita servicios de salud mental, conductual o toxicomanías	Sevicios ambulatorios	No está cubierto	No está cubierto	Ninguna
	Servicios internos	No está cubierto	No está cubierto	
Si está embarazada	Visitas al consultorio	Sin cargo	60% de coaseguro	Intercambio de coste no se aplica a ciertos servicios preventivos . Dependiendo del tipo de servicios, se puede aplicar coseguro . Atención de maternidad puede incluir pruebas y servicios que se describe en la CE (es decir, ultrasonido).
	Servicios de parto profesionales	No está cubierto	No está cubierto	
	Servicios de instalaciones de partos profesionales	No está cubierto	No está cubierto	
Si necesita ayuda recuperándose o tiene otras necesidades de salud especiales	Cuidado de la salud en el hogar	No está cubierto	No está cubierto	Ninguna
	Servicios de rehabilitación	No está cubierto	No está cubierto	
	Servicios de habilitación	No está cubierto	No está cubierto	
	Cuidado de enfermería especializada	No está cubierto	No está cubierto	
	Equipo médico duradero	No está cubierto	No está cubierto	
	Servicios de cuidados paliativos o enfermos terminales	No está cubierto	No está cubierto	
Si su niño necesita servicios odontológicos o de la vista	Examen de la vista pediátrico	No está cubierto	No está cubierto	Ninguna
	Anteojos para niños	No está cubierto	No está cubierto	
	Chequeo dental pediátrico	No está cubierto	No está cubierto	

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos

Servicios que su [plan](#) generalmente NO cubre (consulte el documento de su plan o póliza para encontrar más información y una lista de otros [servicios excluidos](#).)

- | | | |
|---------------------------|--|--|
| • Acupuntura | • Audífonos | • Servicios de enfermería privados |
| • Cirugía bariátrica | • Infertilidad | • Examen de la vista rutinario (adultos) |
| • Cuidados quiroprácticos | • Cuidados de larga duración | • Cuidados podológicos rutinarios |
| • Cirugía estética | • Cuidados no urgentes durante viajes fuera de los EE. UU. | |
| • Cuidados dentales | | |

Otros servicios cubiertos (podrían aplicarse limitaciones a estos servicios. Esto no es una lista completa. Consulte el documento de su [plan](#).)

- Programas de pérdida de peso (los que aparecen en la ley PPACA).

Sus derechos a continuar con su cobertura Hay agencias que pueden ayudarle si desea continuar con su cobertura cuando esta termine. La información de contacto de estas agencias es: Plan visite www.kbasolution.com o llame al 877-851-0906; el Departamento de Trabajo los Estados Unidos, la Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado en el 866-444-3272 o www.dol.gov/ebsa o el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. en el 877-267-2323 x61565 o www.cciio.cms.gov. Podría tener también otras opciones de cobertura, como comprar cobertura de seguro individual a través del [Mercado](#) de Seguro Médico. Para más información acerca del [Mercado](#), visite www.CuidadDeSalud.gov o llame al 1-800-318-2596.

Sus derechos para presentar quejas o apelaciones: Hay agencias que pueden ayudarle si tiene una queja contra su [plan](#) por negarle una [reclamación](#). Esta queja se llama [reclamo](#) o [apelación](#). Para más información acerca de sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá para este [reclamo](#) médico. Sus documentos del [plan](#) también incluirán información completa sobre cómo presentar un [reclamo](#), [apelación](#) o una [queja](#) a su [plan](#) por cualquier motivo. Para más información sobre sus derechos, esta notificación o para recibir asistencia, comuníquese con: Key Benefit Administrators at 877-851-0906 o la Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado en el 866-444-3272 o www.dol.gov/healthreform.

¿Este plan proporciona cobertura esencial mínima? Sí

Si no tiene [cobertura esencial mínima](#) durante un mes, tendrá que realizar un pago con su declaración de impuestos, a menos que califique para una exención del requisito de tener cobertura médica ese mes.

¿Este plan cumple con los estándares de valor mínimo? No

Si su [plan](#) no cumple con los [estándares de valor mínimo](#), usted podría calificar para un [crédito fiscal para las primas](#) para ayudarle a pagar un [plan](#) a través del [Mercado](#).

Servicios lingüísticos:

Spanish (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al 877-851-0906.

Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 877-851-0906.

Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 877-851-0906.

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 877-851-0906.

Para ver ejemplos de cómo este plan podría cubrir los costos de una situación médica hipotética, consulte la próxima sección.

Acerca de los ejemplos de cobertura:



Este no es un estimador de costos. Los tratamientos ilustrados son ejemplos de cómo este [plan](#) podría cubrir atención médica. Los costos en sí serán diferentes, en función de la atención que termine recibiendo, los precios que cobren sus [proveedores](#) y dentro del [plan](#). Utilice esta información para comparar la porción de los costos que usted tendría que pagar con otros [planes](#) médicos distintos. Tenga en mente que estos ejemplos de cobertura se basan solo en la cobertura individual.

Peg está embarazada

(nueve meses de atención prenatal en la red y parto en el hospital)

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$0
- [Especialista copago](#) \$0
- Hospital (instalaciones) [coseguro](#) 0%
- Otro [coseguro](#) 0%

Este EJEMPLO incluye servicios como:

Visitas al especialista (*atención prenatal*)
 Servicios de parto profesionales
 Servicios de instalaciones de partos profesionales
 Pruebas diagnósticas (*sonogramas y análisis de sangre*)
 Visita al especialista (*anestesia*)

Costo total hipotético \$12,800

En este ejemplo, Peg pagaría:

<i>Costo compartido</i>	
Deducibles	\$0
Copagos	\$1,410
Coseguro	\$0
<i>Qué no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$11,220
El total que Peg pagaría es	\$12,630

Control de la diabetes tipo 2 de Joe

(un año de atención en la red de rutina de una enfermedad bien manejada)

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$0
- [Especialista copago](#) \$0
- Hospital (instalaciones) [coseguro](#) 0%
- Otro [coseguro](#) 0%

Este EJEMPLO incluye servicios como:

Visitas al consultorio del médico primario (*incluye sesiones informativas sobre la enfermedad*)
 Pruebas diagnósticas (*análisis de sangre*)
 Medicamentos por recetas
 Equipo médico duradero (*medidor de glucosa*)

Costo total hipotético \$7,400

En este ejemplo, Joe pagaría:

<i>Costo compartido</i>	
Deducibles	\$0
Copagos	\$500
Coseguro	\$0
<i>Qué no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$6,140
El total que Joe pagaría es	\$6,640

Fractura simple de Mia

(visita a la sala de emergencias dentro de la red y visitas de seguimiento)

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$0
- [Especialista copago](#) \$0
- Hospital (instalaciones) [coseguro](#) 0%
- Otro [coseguro](#) 0%

Este EJEMPLO incluye servicios como:

Sala de emergencias (*incluye materiales médicos*)
 Prueba diagnóstica (*radiografía*)
 Equipo médico duradero (*muletas*)
 Servicios de rehabilitación (*terapia física*)

Costo total hipotético \$1,900

En este ejemplo, Mia pagaría:

<i>Costo compartido</i>	
Deducibles	\$0
Copagos	\$80
Coseguro	\$0
<i>Qué no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$1,820
El total que Mia pagaría es	\$1,900

El [plan](#) sería responsable de los demás costos por estos servicios cubiertos en este EJEMPLO.



El Resumen de beneficios y cobertura (SBC, por sus siglas en inglés) es un documento que le ayudará a elegir un [plan](#) médico. El SBC le muestra cómo usted y el [plan](#) compartirían el costo de los servicios médicos cubiertos. **NOTA: La información sobre el costo de este [plan](#) (llamada [prima](#)) se proporcionará aparte. Esto es solo un resumen.** Para más información sobre su cobertura, o para obtener una copia de los términos de cobertura completos, www.kbasolution.com o llamar a 877-851-0906. Para una definición de los términos de uso común, como [monto permitido](#), [facturación del saldo](#), [coseguro](#), [copago](#), [deducible](#), [proveedor](#) u otros términos [delineados](#) consulte el glosario. Puede ver una copia del glosario en www.healthcare.gov/sbc-glossary o llamar a 1-877-851-0906 para solicitar una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante
¿Cuál es el deducible general?	Dentro de la red \$6,500 por persona / \$13,200 por familia; fuera de la red no cubierto.	Consulte la tabla de eventos comunes a continuación para ver los costos de servicio que cubre este plan .
¿Se cubre algún servicio antes de pagar todo el deducible ?	Sí. Servicios preventivos son cubiertos antes de que el deducible de su.	Este plan cubre algunas partidas y servicios incluso si aún no ha cubierto el monto total del deducible . Sin embargo, es posible que se aplique un copago o coseguro . Por ejemplo, este plan cubre algunos servicios preventivos sin costos compartidos y antes de que cumpla con su deducible . Vea una lista de servicios preventivos cubiertos en https://www.cuidadodesalud.gov/es/coverage/preventive-care-benefits/ .
¿Hay algún otro deducible por servicios específicos?	No.	No tiene que pagar un deducible por servicios específicos.
¿Cuál es el máximo en gastos directos del bolsillo de este plan ?	Proveedores dentro de la red \$6,500 por persona / \$13,200 por familia; proveedores fuera de la red sin máximo	El límite a los gastos directos del bolsillo es el máximo que podría pagar en un año por servicios cubiertos.
¿Qué no incluye el desembolso máximo ?	Copagos por algunos servicios, primas, balance de facturación cargos y cuidado de la salud este plan no cubre.	Aunque usted pague estos costos, no cuentan para el límite de gastos directos del bolsillo.
¿Pagará un poco menos si acude a un proveedor dentro de la red medica ?	Sí. Vea www.multiplan.com o llame al 1-888-342-7427 para una lista de proveedor dentro de la red .	Este plan no tiene un proveedor dentro de la red. Usted pagará menos si acude a un proveedor dentro de la red del plan. Usted pagará más si acude a un proveedor fuera de la red , y es posible que reciba una factura de un proveedor por la diferencia en el costo del proveedor y lo que su plan paga (facturación del saldo). Tenga en mente que su proveedor dentro de la red podría utilizar un proveedor fuera de la red para algunos servicios (como laboratorios médicos). Consulte con su proveedor antes de obtener servicios.
¿Necesita un referido para ver a un especialista ?	No.	Puede acudir al especialista de su preferencia sin un referido.



Todos los costos de [copago](#) y [coseguro](#) que se indican en esta tabla son después de que se haya completado el [deducible](#), si aplica un [deducible](#).

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
Si acude a la oficina o clínica de un proveedor de salud	Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	\$50 de copago/oficina visita y 40% de coseguro para los demás servicios ambulatorios; no se aplica deducible	No está cubierto	El copago aplica solo al cargo de la visita al consultorio.
	Requisitos mínimos anuales para recibir atención para 25 enfermedades crónicas	Sin cargo	No está cubierto	Los servicios están limitados a aquellos estipulados en el documento del plan.
	Visita al especialista	\$70 de copago/oficina visita y 40% de coseguro para los demás servicios ambulatorios; no se aplica deducible	No está cubierto	El copago aplica solo al cargo de la visita al consultorio.
	Requisitos mínimos anuales para recibir atención para 25 enfermedades crónicas	Sin cargo	No está cubierto	Los servicios están limitados a aquellos estipulados en el documento del plan.
	Atención preventiva/examen colectivo /vacuna	Sin cargo	No está cubierto	Que tenga que pagar por servicios que no son preventivos . Pregúntele a su proveedor si los servicios son preventivos. Compruebe que su plan pagará por.
Si se realiza un examen	Prueba diagnóstica (radiografía, análisis de sangre)	No está cubierto	No está cubierto	Ninguna
	Requisitos mínimos anuales para recibir atención para 25 enfermedades crónicas	Sin cargo	No está cubierto	Los servicios están limitados a aquellos estipulados en el documento del plan.
	Estudios de imágenes (tomografía computarizada, estudio PET, resonancia magnética)	0% de coseguro	No está cubierto	Ninguna
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o infección	Medicamentos genéricos	0% de coseguro después del deducible	No está cubierto	Límite de 34 días de suministro.
	Medicamentos de marcas preferidas	0% de coseguro después del deducible	No está cubierto	Límite de 34 días de suministro.
	Medicamentos de marcas no preferidas	No está cubierto	No está cubierto	Ninguna
	Medicamentos especializados	No está cubierto	No está cubierto	
Si se somete a una operación ambulatoria	Cargo de instalaciones (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	No está cubierto	No está cubierto	Ninguna
	Honorarios del médico/cirujano	No está cubierto	No está cubierto	

* Para más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte el documento del plan o la póliza en www.kbasolution.com.

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
Si necesita atención médica inmediata	Atención en la sala de emergencias	0% de coaseguro	0% de coaseguro	Aplica para el deducible dentro de la red y gastos de desembolso directo. Aplica para el deducible dentro de la red y gastos de desembolso directo.
	Transporte médico de emergencia	No está cubierto	No está cubierto	Ninguna
	Atención de urgencia	Médico de atención primaria \$50 de copago/visita; especialista \$70 de copago, luego 40% de coaseguro	No está cubierto	El copago aplica solo al cargo de la visita al consultorio.
Si le hospitalizan	Cargo de instalaciones (p. ej., habitación de hospital)	0% de coaseguro	No está cubierto	Ninguna
	Honorarios del médico/cirujano	Médico de atención primaria \$50 de copago/visita; especialista \$70 de copago, luego 40% de coaseguro	No está cubierto	
Si necesita servicios de salud mental, conductual o toxicomanías	Servicios ambulatorios	No está cubierto	No está cubierto	Ninguna
	Servicios internos	No está cubierto	No está cubierto	
Si está embarazada	Visitas al consultorio	Sin cargo	No está cubierto	Intercambio de coste no se aplica a ciertos servicios preventivos . Dependiendo del tipo de servicios, se puede aplicar coaseguro . Atención de maternidad puede incluir pruebas y servicios que se describe en la CE (es decir, ultrasonido).
	Servicios de parto profesionales	0% de coaseguro	No está cubierto	
	Servicios de instalaciones de partos profesionales	0% de coaseguro	No está cubierto	
Si necesita ayuda recuperándose o tiene otras necesidades de salud especiales	Cuidado de la salud en el hogar	No está cubierto	No está cubierto	Ninguna
	Servicios de rehabilitación	No está cubierto	No está cubierto	
	Servicios de habilitación	No está cubierto	No está cubierto	
	Cuidado de enfermería especializada	No está cubierto	No está cubierto	
	Equipo médico duradero	No está cubierto	No está cubierto	
Servicios de cuidados paliativos o enfermos terminales	No está cubierto	No está cubierto		
Si su niño necesita servicios odontológicos o de la vista	Examen de la vista pediátrico	No está cubierto	No está cubierto	Ninguna
	Anteojos para niños	No está cubierto	No está cubierto	
	Chequeo dental pediátrico	No está cubierto	No está cubierto	

* Para más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte el documento del plan o la póliza en www.kbasolution.com.

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos

Servicios que su [plan](#) generalmente NO cubre (consulte el documento de su plan o póliza para encontrar más información y una lista de otros [servicios excluidos](#).)

- | | | |
|---------------------------|--|--|
| • Acupuntura | • Audífonos | • Servicios de enfermería privados |
| • Cirugía bariátrica | • Infertilidad | • Examen de la vista rutinario (adultos) |
| • Cuidados quiroprácticos | • Cuidados de larga duración | • Cuidados podológicos rutinarios |
| • Cirugía estética | • Cuidados no urgentes durante viajes fuera de los EE. UU. | |
| • Cuidados dentales | | |

Otros servicios cubiertos (podrían aplicarse limitaciones a estos servicios. Esto no es una lista completa. Consulte el documento de su [plan](#).)

- Programas de pérdida de peso (los que aparecen en la ley PPACA).

Sus derechos a continuar con su cobertura Hay agencias que pueden ayudarle si desea continuar con su cobertura cuando esta termine. La información de contacto de estas agencias es: Plan visite www.kbasolution.com o llame al 877-851-0906; el Departamento de Trabajo los Estados Unidos, la Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado en el 866-444-3272 o www.dol.gov/ebsa o el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. en el 877-267-2323 x61565 o www.cciio.cms.gov. Podría tener también otras opciones de cobertura, como comprar cobertura de seguro individual a través del [Mercado](#) de Seguro Médico. Para más información acerca del [Mercado](#), visite www.CuidadDeSalud.gov o llame al 1-800-318-2596.

Sus derechos para presentar quejas o apelaciones: Hay agencias que pueden ayudarle si tiene una queja contra su [plan](#) por negarle una [reclamación](#). Esta queja se llama [reclamo](#) o [apelación](#). Para más información acerca de sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá para este [reclamo](#) médico. Sus documentos del [plan](#) también incluirán información completa sobre cómo presentar un [reclamo](#), [apelación](#) o una [queja](#) a su [plan](#) por cualquier motivo. Para más información sobre sus derechos, esta notificación o para recibir asistencia, comuníquese con: Key Benefit Administrators at 877-851-0906 o la Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado en el 866-444-3272 o www.dol.gov/healthreform.

¿Este plan proporciona cobertura esencial mínima? Sí

Si no tiene [cobertura esencial mínima](#) durante un mes, tendrá que realizar un pago con su declaración de impuestos, a menos que califique para una exención del requisito de tener cobertura médica ese mes.

¿Este plan cumple con los estándares de valor mínimo? Sí

Si su [plan](#) no cumple con los [estándares de valor mínimo](#), usted podría calificar para un [crédito fiscal para las primas](#) para ayudarle a pagar un [plan](#) a través del [Mercado](#).

Servicios lingüísticos:

Spanish (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al 877-851-0906.

Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 877-851-0906.

Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 877-851-0906.

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 877-851-0906.

—————*Para ver ejemplos de cómo este plan podría cubrir los costos de una situación médica hipotética, consulte la próxima sección.*—————

Acerca de los ejemplos de cobertura:



Este no es un estimador de costos. Los tratamientos ilustrados son ejemplos de cómo este [plan](#) podría cubrir atención médica. Los costos en sí serán diferentes, en función de la atención que termine recibiendo, los precios que cobren sus [proveedores](#) y dentro del [plan](#). Utilice esta información para comparar la porción de los costos que usted tendría que pagar con otros [planes](#) médicos distintos. Tenga en mente que estos ejemplos de cobertura se basan solo en la cobertura individual.

Peg está embarazada

(nueve meses de atención prenatal en la red y parto en el hospital)

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$0
- [Especialista copago](#) \$0
- Hospital (instalaciones) [coseguro](#) 0%
- Otro [coseguro](#) 0%

Este EJEMPLO incluye servicios como:

Visitas al especialista (*atención prenatal*)
 Servicios de parto profesionales
 Servicios de instalaciones de partos profesionales
 Pruebas diagnósticas (*sonogramas y análisis de sangre*)
 Visita al especialista (*anestesia*)

Costo total hipotético \$12,800

En este ejemplo, Peg pagaría:

<i>Costo compartido</i>	
Deducibles	\$6,500
Copagos	\$0
Coseguro	\$0
<i>Qué no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$860
El total que Peg pagaría es	\$7,460

Control de la diabetes tipo 2 de Joe

(un año de atención en la red de rutina de una enfermedad bien manejada)

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$0
- [Especialista copago](#) \$0
- Hospital (instalaciones) [coseguro](#) 0%
- Otro [coseguro](#) 0%

Este EJEMPLO incluye servicios como:

Visitas al consultorio del médico primario (*incluye sesiones informativas sobre la enfermedad*)
 Pruebas diagnósticas (*análisis de sangre*)
 Medicamentos por recetas
 Equipo médico duradero (*medidor de glucosa*)

Costo total hipotético \$7,400

En este ejemplo, Joe pagaría:

<i>Costo compartido</i>	
Deducibles	\$4,550
Copagos	\$300
Coseguro	\$110
<i>Qué no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$1,780
El total que Joe pagaría es	\$6,740

Fractura simple de Mia

(visita a la sala de emergencias dentro de la red y visitas de seguimiento)

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$0
- [Especialista copago](#) \$0
- Hospital (instalaciones) [coseguro](#) 0%
- Otro [coseguro](#) 0%

Este EJEMPLO incluye servicios como:

Sala de emergencias (*incluye materiales médicos*)
 Prueba diagnóstica (*radiografía*)
 Equipo médico duradero (*muletas*)
 Servicios de rehabilitación (*terapia física*)

Costo total hipotético \$1,900

En este ejemplo, Mia pagaría:

<i>Costo compartido</i>	
Deducibles	\$920
Copagos	\$0
Coseguro	\$0
<i>Qué no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$1,010
El total que Mia pagaría es	\$1,930

El [plan](#) sería responsable de los demás costos por estos servicios cubiertos en este EJEMPLO.

LISTA DE AVISOS ADJUNTOS

- LEY DE PROTECCIÓN DE SALUD DE LOS RECIÉN NACIDOS Y DE LAS MADRES
- LEY DE DERECHOS PARA LA SALUD DE LA MUJER Y EL CÁNCER
- AVISO DE DERECHOS ADQUIRIDOS
- AVISO DE PROTECCIONES DEL PACIENTE
- ASISTENCIA PRIMARIA BAJO MEDICAID Y EL PROGRAMA DE SEGURO DE SALUD PARA MENORES (CHIP)

DECLARACION DE LA LEY DE REDUCCION DE TRAMITES

- AVISO ESPECIAL DE INSCRIPCIÓN HIPAA
- MEDICARE PARTE D - SU COBERTURA DE MEDICARE Y SU PRESCIPCION MEDICA

LEY DE PROTECCIÓN DE LA SALUD DE LOS RECIÉN NACIDOS Y DE LAS MADRES

En general, los planes de salud grupal y los emisores de seguros de salud no pueden restringir, en virtud de la ley federal, las prestaciones por cualquier período hospitalario de estancia en relación con el parto para la madre o el recién nacido a menos de 48 horas después del parto vaginal o menos de 96 horas después de un parto con cesárea. Sin embargo, la ley federal generalmente no prohíbe que el proveedor de la madre o del recién nacido, después de consultar a la madre, dé de alta a la madre o al recién nacido antes de 48 horas (o 96 horas según corresponda). En cualquier caso, los planes y los emisores no pueden, bajo la ley federal, exigir que un proveedor obtenga autorización del plan o del emisor del seguro para prescribir una duración de la estancia no superior a 48 horas (o 96 horas).

NOTIFICACION DE LA LEY DE DERECHOS SOBRE LA SALUD Y EL CANCER DE LA MUJER

La Ley de Derechos Sobre La Salud y Cáncer de la Mujer de 1998 requiere que el plan de salud de grupo de aviso sobre la disponibilidad de ciertos beneficios proveídos bajo el plan relacionado a la mastectomía *si el plan de beneficios cubre servicios para la mastectomía*. Estamos mandando este aviso para informarte sobre tus beneficios que están relacionados con la mastectomía.

La cobertura bajo KeySolution auto-financiado plan de beneficios patrocinado por tu empleador proporciona cobertura para 63 servicios de medida preventiva y bienestar únicamente. El plan de beneficio de KeySolution no proporciona cobertura para ninguna hospitalización del paciente ni para cualquier cirugía, incluyendo pero no limitándose a los servicios relacionados con la mastectomía como la mastectomía o cirugía reconstructiva. Adicionalmente, el plan de beneficios no cubre la cirugía reconstructiva o la prótesis, incluyendo pero no limitándose a la mastectomía relacionada con la cirugía reconstructiva o la prótesis.

Para más información respecto a los beneficios disponibles bajo nuestro plan por favor consulte el Resumen de la Descripción de su Plan.

Si tiene alguna pregunta sobre nuestra cobertura de las mastectomías por favor comuníquese con su representante de beneficios de Recursos Humanos.

AVISO DE DERECHOS ADQUIRIDOS

Este emisor del seguro de salud cree que este plan es un "plan de salud con derechos adquiridos" bajo la Ley de Protección al Paciente y Asistencia Asequible (la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio). Como lo permite la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio, un plan de salud con derechos adquiridos puede preservar cierta cobertura de salud básica que ya estaba vigente cuando se promulgó esa ley. Siendo un plan de salud con derechos adquiridos significa que su plan puede no incluir ciertas protecciones del consumidor de la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio que se aplican a otros planes; Por ejemplo, el requisito de la prestación de servicios de salud preventiva sin participación en los costos. Sin embargo, los planes de salud con derechos adquiridos deben cumplir con ciertas otras protecciones del consumidor en la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio; Por ejemplo, la eliminación de los límites de por vida de los beneficios.

Las preguntas sobre qué protecciones se aplican y cuáles protecciones no se aplican a un plan de salud con derechos adquiridos y qué podría causar que un plan cambie de estado de plan de salud anónimo puede ser dirigido al administrador del plan al 918-362-9675. También puede comunicarse con la Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados del Departamento de Trabajo de los Estados Unidos al 1-866-444-3272 o www.dol.gov/ebsa/healthreform. Este sitio web tiene una tabla que resume las protecciones que se aplican y no se aplican a los planes de salud ancestrales.

AVISO DE PROTECCIONES DEL PACIENTE

Generalmente los Administradores de Key Benefit permiten la designación de un proveedor de atención primaria. Usted tiene el derecho de designar a cualquier proveedor de atención primaria que participe en nuestra red y que esté disponible para aceptarlo a usted o a los miembros de su familia. Para obtener información sobre cómo seleccionar un proveedor de atención primaria y una lista de los proveedores de atención primaria participantes, comuníquese con los Administradores de Key Benefit al 1-888-342-7427.

Para los niños, usted puede designar a un pediatra como el proveedor de atención primaria.

No necesita autorización previa de los Administradores de Key Benefit ni de ninguna otra persona (incluido un proveedor de atención primaria) para obtener acceso a la atención obstétrica o ginecológica de un profesional de la salud de nuestra red especializado en obstetricia o ginecología. El profesional de la salud, sin embargo, puede ser requerido para cumplir con ciertos procedimientos, incluyendo obtener autorización previa para ciertos servicios, siguiendo un plan de tratamiento pre-aprobado, o procedimientos para hacer referencias. Para obtener una lista de los profesionales de la salud participantes que se especializan en obstetricia o ginecología, comuníquese con los Administradores de Key Benefit al 1-888-342-7427.

Asistencia con las primas bajo Medicaid y el Programa de Seguro de Salud para Menores (CHIP)

Si usted o sus hijos son elegibles para Medicaid o CHIP y usted es elegible para cobertura médica de su empleador, su estado puede tener un programa de asistencia con las primas que puede ayudar a pagar por la cobertura, utilizando fondos de sus programas Medicaid o CHIP. Si usted o sus hijos no son elegibles para Medicaid o CHIP, usted no será elegible para estos programas de asistencia con las primas, pero es probable que pueda comprar cobertura de seguro individual a través del mercado de seguros médicos. Para obtener más información, visite www.healthcare.gov.

Si usted o sus dependientes ya están inscritos en Medicaid o CHIP y usted vive en uno de los estados enumerados a continuación, comuníquese con la oficina de Medicaid o CHIP de su estado para saber si hay asistencia con primas disponible.

Si usted o sus dependientes NO están inscritos actualmente en Medicaid o CHIP, y usted cree que usted o cualquiera de sus dependientes puede ser elegible para cualquiera de estos programas, comuníquese con la oficina de Medicaid o CHIP de su estado, llame al **1-877-KIDS NOW** o visite www.insurekidsnow.gov para información sobre como presentar su solicitud. Si usted es elegible, pregunte a su estado si tiene un programa que pueda ayudarle a pagar las primas de un plan patrocinado por el empleador.

Si usted o sus dependientes son elegibles para asistencia con primas bajo Medicaid o CHIP, y también son elegibles bajo el plan de su empleador, su empleador debe permitirle inscribirse en el plan de su empleador, si usted aún no está inscrito. Esto se llama oportunidad de "inscripción especial", y usted debe solicitar la cobertura dentro de los 60 días de haberse determinado que usted es elegible para la asistencia con las primas. Si tiene preguntas sobre la inscripción en el plan de su empleador, comuníquese con el Departamento del Trabajo electrónicamente a través de www.askebsa.dol.gov o llame al servicio telefónico gratuito **1-866-444-EBSA (3272)**.

Si usted vive en uno de los siguientes estados, tal vez sea elegible para asistencia para pagar las primas del plan de salud de su empleador. La siguiente es una lista de estados actualizada al 31 de julio de 2016. Comuníquese con su estado para obtener más información sobre la elegibilidad -

ALABAMA – Medicaid	FLORIDA – Medicaid
Sitio web: http://www.myalhipp.com Teléfono: 1-855-692-5447	Sitio web: http://flmedicaidtplrecovery.com/hipp/ Teléfono: 1-877-357-3268
ALASKA – Medicaid	GEORGIA – Medicaid
El Program de Pago de Alaska primas del seguro médico Sitio web: http://myakhipp.com/ Teléfono: 1-866-251-4861 Por correo electrónico: CustomerService@MyAKHIPP.com Elegibilidad de Medicaid: http://dhss.alaska.gov/dpa/Pages/medicaid/default.aspx	Sitio web: http://dch.georgia.gov/medicaid Haga clic en "Programs," luego en "Medicaid," luego en "Health Insurance Premium Payment (HIPP)" Teléfono: 404-656-4507
ARKANSAS – Medicaid	INDIANA – Medicaid

Sitio web: http://myarhipp.com/ Teléfono: 1-855-MyARHIPP (855-692-7447)	Plan Saludable de Indiana para adultos con bajo recursos 19-64 Sitio web: http://www.hip.in.gov Teléfono: 1-877-438-4479 Todo otro Medicaid Sitio web: http://www.indianamedicaid.com Teléfono 1-800-403-0864
COLORADO – Medicaid	IOWA – Medicaid
Medicaid Sitio web: http://www.colorado.gov/hcpf Teléfono de Medicaid (fuera del estado): 1-800-221-3943	Sitio web: http://www.dhs.state.ia.us/hipp/ Teléfono: 1-888-346-9562
KANSAS – Medicaid	NEVADA – Medicaid
Sitio web: http://www.kdheks.gov/hcf/ Teléfono: 1-785-296-3512	Medicaid Sitio web: http://dwss.nv.gov/ Medicaid Teléfono: 1-800-992-0900
KENTUCKY – Medicaid	NUEVO HAMPSHIRE – Medicaid
Sitio web: http://chfs.ky.gov/dms/default.htm Teléfono: 1-800-635-2570	Sitio web: http://www.dhhs.nh.gov/oii/documents/hippapp.pdf Teléfono: 603-271-5218
LOUISIANA – Medicaid	NUEVA JERSEY – Medicaid y CHIP
Sitio web: http://dhh.louisiana.gov/index.cfm/subhome/1/n/331 Teléfono: 1-888-695-2447	Medicaid Sitio web: http://www.state.nj.us/humanservices/dmahs/clients/medicaid/ Teléfono de Medicaid: 609-631-2392 Sitio web de CHIP: http://www.njfamilycare.org/index.html Teléfono de CHIP: 1-800-701-0710
MAINE – Medicaid	NUEVA YORK – Medicaid
Sitio web: http://www.maine.gov/dhhs/ofi/public-assistance/index.html Teléfono: 1-800-977-6740 TTY: 1-800-977-6741	Sitio web: http://www.nyhealth.gov/health_care/medicaid/ Teléfono: 1-800-541-2831
MASSACHUSETTS – Medicaid y CHIP	CAROLINA DEL NORTE – Medicaid
Sitio web: http://www.mass.gov/MassHealth Teléfono: 1-800-462-1120	Sitio web: http://www.ncdhhs.gov/dma Teléfono e: 919-855-4100
MINNESOTA – Medicaid	DAKOTA DEL NORTE – Medicaid
Sitio web: http://www.dhs.state.mn.us/ Haga clic en "Health Care" y luego en "Medical Assistance" Teléfono: 1-800-657-3629	Sitio web: http://www.nd.gov/dhs/services/medicalserv/medicaid/ Teléfono: 1-844-854-4825
MISSOURI – Medicaid	OKLAHOMA – Medicaid y CHIP
Sitio web: http://www.dss.mo.gov/mhd/participants/pages/hipp.htm Teléfono: 573-751-2005	Sitio web: http://www.insureoklahoma.org Teléfono: 1-888-365-3742
MONTANA – Medicaid	OREGON – Medicaid
Sitio web: http://dphhs.mt.gov/MontanaHealthcarePrograms/HIP Teléfono: 1-800-694-3084	Sitio web: http://www.oregonhealthykids.gov http://www.hijossaludablesoregon.gov Teléfono: 1-800-699-9075
NEBRASKA – Medicaid	PENNSYLVANIA – Medicaid
Sitio web: http://dhhs.ne.gov/Children_Family_Services/AccessNebraska/Pages/accessnebraska_index.aspx	Sitio web: http://www.dhs.pa.gov/hipp Teléfono: 1-800-692-7462

Teléfono: 1-855-632-7633	
RHODE ISLAND – Medicaid	VIRGINIA – Medicaid y CHIP
Sitio web: http://www.eohhs.ri.gov/ Teléfono: 401-462-5300	Medicaid Sitio web: http://www.coverva.org/programs_premium_assistance.cfm Medicaid Teléfono: 1-800-432-5924 CHIP Sitio web: http://www.coverva.org/programs_premium_assistance.cfm CHIP Teléfono: 1-855-242-8282
CAROLINA DEL SUR – Medicaid	WASHINGTON – Medicaid
Sitio web: http://www.scdhhs.gov Teléfono: 1-888-549-0820	Sitio web: http://www.hca.wa.gov/medicaid/premiumpymt/pages/index.aspx Teléfono: 1-800-562-3022 ext. 15473
DAKOTA DEL SUR - Medicaid	VIRGINIA – Medicaid
Sitio web: http://dss.sd.gov Teléfono: 1-888-828-0059	Sitio web: http://www.dhhr.wv.gov/bms/Medicaid%20Expansion/Pages/default.aspx Teléfono: 1-877-598-5820, HMS Third Party Liability
TEXAS – Medicaid	WISCONSIN – Medicaid y CHIP
Sitio web: http://gethipptexas.com/ Teléfono: 1-800-440-0493	Sitio web: https://www.dhs.wisconsin.gov/publications/p1/p10095.pdf Teléfono: 1-800-362-3002
UTAH – Medicaid y CHIP	WYOMING – Medicaid
Sitio web: Medicaid: http://health.utah.gov/medicaid CHIP: http://health.utah.gov/chip Teléfono: 1-877-543-7669	Sitio web: https://wyequalitycare.acs-inc.com/ Teléfono: 307-777-7531
VERMONT– Medicaid	
Sitio web: http://www.greenmountaincare.org/ Teléfono: 1-800-250-8427	

Para saber si otros estados han agregado el programa de asistencia con primas desde el 31 de julio de 2016, o para obtener más información sobre derechos de inscripción especial, comuníquese con alguno de los siguientes:

Departamento del Trabajo de EE.UU.
Administración de Seguridad de Beneficios de los Empleados
www.dol.gov/ebsa
1-866-444-EBSA (3272)

Centros para Servicios de Medicare y Medicaid
www.cms.hhs.gov
1-877-267-2323, opción de menú 4, Ext. 61565

Número de Control de OMB 1210-0137 (vence al 30 de noviembre de 2016)

Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU.

Declaración de la Ley de Reducción de Trámites

Según la Ley de Reducción de Trámites de 1995 (Ley Pública 104-13) (PRA, por sus siglas en inglés), no es obligatorio que ninguna persona responda a una recopilación de información, a menos que dicha recopilación tenga un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB, por sus siglas en inglés). El Departamento advierte que una agencia federal no puede llevar a cabo ni patrocinar una recopilación de información, a menos que la OMB la apruebe en virtud de la ley PRA y esta tenga un número de control actualmente válido de la oficina mencionada. El público no tiene la obligación de responder a una recopilación de información, a menos que esta tenga un número de control actualmente válido de la OMB. Consulte la Sección 3507 del Título 44 del Código de Estados Unidos (USC). Además, sin perjuicio de ninguna otra disposición legal, ninguna persona quedará sujeta a sanciones por no cumplir con una recopilación de información, si dicha recopilación no tiene un número de control actualmente válido de la OMB. Consulte la Sección 3512 del Título 44 del Código de Estados Unidos (USC).

Se estima que el tiempo necesario para realizar esta recopilación de información es, en promedio, de aproximadamente siete minutos por persona. Se anima a los interesados a que envíen sus comentarios con respecto al tiempo estimado o a cualquier otro aspecto de esta recopilación de información, como sugerencias para reducir este tiempo, a la dependencia correspondiente del Ministerio de Trabajo de EE. UU., a la siguiente dirección: U.S. Department of Labor, Employee Benefits Security Administration, Office of Policy and Research, Attention: PRA Clearance Officer, 200 Constitution Avenue, N.W., Room N-5718, Washington, DC 20210. También pueden enviar un correo electrónico a ebbsa.opr@dol.gov y hacer referencia al número de control de la OMB 1210-0137.

HIPAA AVISO ESPECIAL DE INSCRIPCION

Esta notificación se proporciona para asegurarse de que entiende su derecho a solicitar la cobertura de seguro de salud grupal. Debe leer este aviso incluso si planea renunciar a la cobertura en este momento.

Pérdida de otra cobertura

Si usted está disminuyendo la cobertura para usted o sus dependientes (incluyendo su cónyuge) debido a otro seguro de salud o cobertura del plan de salud grupal, puede inscribirse a usted ya sus dependientes en este plan si usted o sus dependientes pierden elegibilidad para esa otra cobertura (O si el empleador deja de contribuir a la cobertura de su o de sus dependientes). Sin embargo, debe solicitar la inscripción dentro de los 30 días posteriores a la finalización de la cobertura de su o de sus dependientes (o después de que el empleador deje de contribuir con la otra cobertura).

Ejemplo: Renunció a la cobertura porque estaba cubierto bajo un plan ofrecido por el empleador de su cónyuge. Su cónyuge cierra su empleo. Si notifica a su empleador dentro de los 30 días de la fecha en que termina la cobertura, usted y sus dependientes elegibles pueden solicitar la cobertura bajo nuestro plan de salud.

Matrimonio, nacimiento o adopción

Si usted tiene un nuevo dependiente como resultado de un matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para la adopción, usted puede inscribirse usted y sus dependientes. Sin embargo, debe solicitar la inscripción dentro de los 30 días posteriores al matrimonio, nacimiento o colocación para su adopción.

Ejemplo: Cuando usted fue contratado por nosotros, usted era soltero y eligió no elegir los beneficios del seguro de salud. Un año más tarde, te casas. Usted y sus dependientes elegibles tienen derecho a inscribirse en este plan de salud grupal. Sin embargo, usted debe solicitar dentro de 30 días a partir de la fecha de su matrimonio.

Medicaid o CHIP

Si usted o sus dependientes pierden la elegibilidad para la cobertura bajo Medicaid o el Programa de Seguro de Salud para Niños (CHIP) o si son elegibles para recibir un subsidio de asistencia de prima bajo Medicaid o CHIP, usted puede inscribirse y sus dependientes. Debe solicitar la inscripción dentro de los 60 días de la pérdida de cobertura de Medicaid o CHIP o la determinación de elegibilidad para una prima de subsidio de asistencia.

Ejemplo: Cuando usted fue contratado por nosotros, sus hijos recibieron cobertura de salud bajo CHIP y no los inscribieron en nuestro plan de salud. Debido a los cambios en sus ingresos, sus hijos ya no son elegibles para la cobertura de CHIP. Usted puede inscribirlos en este plan de salud grupal si aplica dentro de los 60 días de la fecha de su pérdida de la cobertura de CHIP.

Para obtener más información o asistencia

Para solicitar inscripción especial u obtener más información, comuníquese con el administrador del plan al 918-362-9675.

Aviso Importante de American StaffCorp Inc. Sobre su Cobertura para Recetas Médicas y Medicare

Por favor lea este aviso cuidadosamente y guárdelo donde pueda encontrarlo. Este aviso contiene información sobre su cobertura actual para recetas médicas con American StaffCorp, Inc. y sus opciones bajo la cobertura de Medicare para medicamentos recetados. Además, le menciona dónde encontrar más información que le ayude a tomar decisiones sobre su cobertura para recetas médicas.

Hay tres cosas importantes que usted necesita saber sobre su cobertura actual de Medicare y la cobertura de medicamentos recetados:

- 1. La nueva cobertura de Medicare para recetas médicas está disponible desde el 2006 para todas las personas con Medicare. Usted puede obtener esta cobertura si se inscribe en un Plan de Medicare para Recetas Médicas, o un Plan Medicare Advantage (como un PPO o HMO) que ofrece cobertura para medicamentos recetados. Todos los planes de Medicare para recetas médicas proporcionan por lo menos un nivel estándar de cobertura establecido por Medicare. Además, algunos planes pueden ofrecer más cobertura por una prima mensual más alta**
- 2. American StaffCorp, Inc. ha determinado que la cobertura para recetas médicas ofrecida en el Key Benefits Plan, en promedio para todos los participantes del plan, NO espera pagar tanto como lo hará la cobertura estándar de Medicare. Por lo tanto, su cobertura es considerada No Acreditable. Esto es importante porque, probablemente, recibirá más ayuda con sus costos de los medicamentos si se inscribe en un plan de Medicare de recetas médicas, que si sólo tiene cobertura de medicamentos recetados de Key Benefits Plan. Además es importante porque puede significar que tenga que pagar una prima más alta (una penalidad), si no se inscribe en un plan de Medicare la primera vez que es elegible.**
- 3. Usted puede mantener su cobertura actual de American StaffCorp, Inc. Sin embargo, ya que su cobertura no es acreditable, usted tiene que tomar decisiones sobre la cobertura de Medicare para recetas médicas que pueden afectar cuánto paga por esa cobertura, dependiendo si se inscribe y cuando lo hace. Cuando tome su decisión, usted tendrá que comparar su cobertura actual, incluyendo qué medicinas están cubiertas, contra la cobertura y costo de los planes que ofrezcan cobertura de Medicare para medicamentos en su área. Lea este aviso cuidadosamente ya que le explica sus opciones.**

¿Cuándo puede inscribirse en un plan de Medicare de medicamentos?

CMS Form 10182-NC

Revisada el 01 de abril de 2011

La Ley de Reducción de Papeleo de 1995 requiere que le avisemos que la colección de esta información se hace según las disposiciones de la sección 3507 de La Ley de Reducción de Papeleo de 1995. No podemos coleccionar ni patrocinar la colección de información, y usted no está obligado a responder a una colección de información a menos que muestre un número válido de control de la Oficina de Gerencia y Presupuesto (OMB, siglas en inglés). El número válido de control de OMB para esta colección de la información es 0938-0990. Calculamos que tardará unas 8 horas para completar cada sección. Esto incluye el tiempo que se tardará en leer las instrucciones, reunir la información necesaria y llenar el formulario. Si usted tiene comentarios sobre la precisión del estimado que toma llenar este formulario o sugerencias de cómo mejorar este documento, por favor envíelos por escrito a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Baltimore, Maryland 21244-1850.

Usted puede inscribirse en un plan de Medicare para medicamentos la primera vez que es elegible para Medicare y cada año del 15 de octubre al 7 de diciembre.

¿Cuándo usted pagará una prima más alta (penalidad) para inscribirse en un plan de Medicare de medicamentos?

Ya que la cobertura con **Key Benefits Administration**, no es acreditable, dependiendo de cuánto tiempo usted ha estado sin cobertura para medicamentos quizás tenga que pagar una penalidad para inscribirse en un plan Medicare de medicinas. Comenzando con el último mes que usted fue elegible para inscribirse en un plan Medicare de medicamentos pero no lo hizo. Si usted lleva 63 días o más sin cobertura acreditable para recetas médicas que sea por lo menos tan buena como la cobertura de Medicare para recetas médicas, su prima mensual aumentará por lo menos un 1% al mes por cada mes que usted no tuvo esa cobertura. Por ejemplo, si usted lleva diecinueve meses sin cobertura acreditable, su prima siempre será por lo menos 19% más alta de lo que la mayoría de la gente paga. Usted tendrá que pagar esta prima más alta (penalidad) mientras tenga la cobertura de Medicare. Además, usted tendrá que esperar hasta el siguiente mes de octubre para inscribirse.]

¿Qué sucede con su cobertura actual si decide inscribirse en un plan de Medicare de medicamentos?

Si decide inscribirse en un plan de Medicare de medicamentos recetados, su cobertura actual con American StaffCorp, Inc. no va ser afectada. Los beneficios de la recetas son:

La diferencia del pago para medicamentos Genéricos son \$15, Para medicamentos de marca preferida son \$25. La diferencia de pago para medicamentos no preferidos es \$75.

Vea las páginas 9-11 de la Guía CMS “Aviso de Divulgación de la Cobertura Acreditable para los individuos elegibles a la Parte D de Medicare” (disponible por Internet en <http://www.cms.hhs.gov/CreditableCoverage/>, que explica las opciones y provisiones que tienen disponibles bajo el plan de la entidad para los beneficiarios cuando son elegibles a la Parte D.]

Si cancela su cobertura actual con American StaffCorp, Inc. y se inscribe en un plan de Medicare para recetas médicas, puede ser que más adelante ni usted ni sus dependientes puedan [Aseguradores de Medigap deben sustituir “puedan” con “no puedan”] obtener su cobertura de nuevo.

Para más información sobre este aviso o su cobertura actual para recetas médicas...

Llame a nuestra oficina para más información]. **NOTA:** Usted recibirá este aviso cada año. Recibirá el aviso antes del próximo periodo en el cual usted puede inscribirse en la cobertura de Medicare para recetas médicas, y en caso de que esta cobertura con cambie. Además, usted puede solicitar una copia en cualquier momento.

Para más información sobre sus opciones bajo la cobertura de Medicare para recetas médicas...

Revise el manual "Medicare y Usted" para información más detallada sobre los planes de Medicare que ofrecen cobertura para recetas médicas. Medicare le enviará cada año por correo un ejemplar del manual. Tal vez los planes de Medicare para recetas médicas le llamen directamente. Asimismo, usted puede obtener más información sobre los planes de Medicare para recetas médicas de los siguientes lugares: Visit www.medicare.gov

- Visite www.medicare.gov por Internet para obtener ayuda personalizada,
- Llame a su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (consulte su manual Medicare y Usted para obtener los números telefónicos)
- Llame GRATIS al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Para las personas con ingresos y recursos limitados, hay ayuda adicional que paga por un plan de Medicare para recetas médicas. La Administración del Seguro Social (SSA, por sus siglas en inglés) tiene disponible información sobre esta ayuda adicional. Para más información sobre esta ayuda adicional, visite la SSA en línea en www.socialsecurity.gov por Internet, o llámeles al 1-800-772-1213 (Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-800-325-0778).

Recordatorio: Retenga esta información sobre su cobertura. Si decide obtener alguno de los planes mencionados. Podría ser que se le requiera una copia de esta notificación cuando se incriba para demostrar si ha o no mantenido cobertura y saber si va ser requerido pagar un prima mas alta (penalidad).

Fecha:	October 28, 2018
NombE de la Entidad/Remitente:	American StaffCorp Inc.
Contacto:	Karol Sorensen
Dirección:	6301 S Mingo Rd, Tulsa Ok 74133
Número de Teléfono:	918-362-WORK (9675)



Su información. Sus derechos. Nuestras responsabilidades.

Esta notificación describe cómo puede utilizarse y divulgarse su información médica, y cómo puede acceder usted a esta información. **Revísela con cuidado.**

Sus derechos

Cuando se trata de su información médica, usted tiene ciertos derechos. Esta sección explica sus derechos y algunas de nuestras responsabilidades para ayudarlo.

Obtener una copia en formato electrónico o en papel de su historial médico

- Puede solicitar que le muestren o le entreguen una copia en formato electrónico o en papel de su historial médico y otra información médica que tengamos de usted. Pregúntenos cómo hacerlo.
- Le entregaremos una copia o un resumen de su información médica, generalmente dentro de 30 días de su solicitud. Podemos cobrar un cargo razonable en base al costo.

Solicitarnos que corrijamos su historial médico

- Puede solicitarnos que corrijamos la información médica sobre usted que piensa que es incorrecta o está incompleta. Pregúntenos cómo hacerlo.
- Podemos decir "no" a su solicitud, pero le daremos una razón por escrito dentro de 60 días.

Solicitar comunicaciones confidenciales

- Puede solicitarnos que nos comuniquemos con usted de una manera específica (por ejemplo, por teléfono particular o laboral) o que enviemos la correspondencia a una dirección diferente.
- Le diremos "sí" a todas las solicitudes razonables.

continúa en la próxima página

Solicitar que limitemos lo que utilizamos o compartimos

- Puede solicitar que no utilicemos ni compartamos determinada información médica para el tratamiento, pago o para nuestras operaciones. No estamos obligados a aceptar su solicitud, y podemos decir “no” si esto afectara su atención.
- Si paga por un servicio o artículo de atención médica por cuenta propia en su totalidad, puede solicitar que no compartamos esa información con el propósito de pago o nuestras operaciones con su aseguradora médica. Diremos “sí” a menos que una ley requiera que compartamos dicha información.

Recibir una lista de aquellos con quienes hemos compartido información

- Puede solicitar una lista (informe) de las veces que hemos compartido su información médica durante los seis años previos a la fecha de su solicitud, con quién la hemos compartido y por qué.
- Incluiremos todas las divulgaciones excepto aquellas sobre el tratamiento, pago y operaciones de atención médica, y otras divulgaciones determinadas (como cualquiera de las que usted nos haya solicitado hacer). Le proporcionaremos un informe gratis por año pero cobraremos un cargo razonable en base al costo si usted solicita otro dentro de los 12 meses.

Obtener una copia de esta notificación de privacidad

- Puede solicitar una copia en papel de esta notificación en cualquier momento, incluso si acordó recibir la notificación de forma electrónica. Le proporcionaremos una copia en papel de inmediato.

Elegir a alguien para que actúe en su nombre

- Si usted le ha otorgado a alguien la representación médica o si alguien es su tutor legal, aquella persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información médica.
- Nos aseguraremos de que la persona tenga esta autoridad y pueda actuar en su nombre antes de tomar cualquier medida.

Presentar una queja si considera que se violaron sus derechos

- Si considera que hemos violado sus derechos, puede presentar una queja comunicándose con nosotros por medio de la información de la página 1.
- Puede presentar una queja en la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos enviando una carta a: Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, llamando al 1-800-368-1019 o visitando www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/factsheets_spanish.html, los últimos dos disponibles en español.
- No tomaremos represalias en su contra por la presentación de una queja.

Sus opciones

Para determinada información médica, puede decirnos sus decisiones sobre qué compartimos. Si tiene una preferencia clara de cómo compartimos su información en las situaciones descritas debajo, comuníquese con nosotros. Díganos qué quiere que hagamos, y seguiremos sus instrucciones.

En estos casos, tiene tanto el derecho como la opción de pedirnos que:

- Compartamos información con su familia, amigos cercanos u otras personas involucradas en su atención.
- Compartamos información en una situación de alivio en caso de una catástrofe.
- Incluyamos su información en un directorio hospitalario.

Si no puede decirnos su preferencia, por ejemplo, si se encuentra inconsciente, podemos seguir adelante y compartir su información si creemos que es para beneficio propio. También podemos compartir su información cuando sea necesario para reducir una amenaza grave e inminente a la salud o seguridad.

En estos casos, nunca compartiremos su información a menos que nos entregue un permiso por escrito:

- Propósitos de mercadeo.
- Venta de su información.
- La mayoría de los casos en que se comparten notas de psicoterapia.

En el caso de recaudación de fondos:

- Podemos comunicarnos con usted por temas de recaudación, pero puede pedirnos que no lo volvamos a contactar.

Nuestros usos y divulgaciones

Por lo general, ¿cómo utilizamos o compartimos su información médica? Por lo general, utilizamos o compartimos su información médica de las siguientes maneras.

Tratamiento

- Podemos utilizar su información médica y compartirla con otros profesionales que lo estén tratando.

Ejemplo: Un médico que lo está tratando por una lesión le consulta a otro doctor sobre su estado de salud general.

Dirigir nuestra organización

- Podemos utilizar y divulgar su información para llevar a cabo nuestra práctica, mejorar su atención y comunicarnos con usted cuando sea necesario.

Ejemplo: Utilizamos información médica sobre usted para administrar su tratamiento y servicios.

Facturar por sus servicios

- Podemos utilizar y compartir su información para facturar y obtener el pago de los planes de salud y otras entidades.

Ejemplo: Entregamos información acerca de usted a su plan de seguro médico para que éste pague por sus servicios.

continúa en la próxima página

¿De qué otra manera podemos utilizar o compartir su información médica? Se nos permite o exige compartir su información de otras maneras (por lo general, de maneras que contribuyan al bien público, como la salud pública e investigaciones médicas). Tenemos que reunir muchas condiciones legales antes de poder compartir su información con dichos propósitos. Para más información, visite: www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/factsheets_spanish.html, disponible en español.

Ayudar con asuntos de salud pública y seguridad

- Podemos compartir su información médica en determinadas situaciones, como:
 - Prevención de enfermedades.
 - Ayuda con el retiro de productos del mercado.
 - Informe de reacciones adversas a los medicamentos.
 - Informe de sospecha de abuso, negligencia o violencia doméstica.
 - Prevención o reducción de amenaza grave hacia la salud o seguridad de alguien.

Realizar investigaciones médicas

- Podemos utilizar o compartir su información para investigación de salud.

Cumplir con la ley

- Podemos compartir su información si las leyes federales o estatales lo requieren, incluyendo compartir la información con el Departamento de Salud y Servicios Humanos si éste quiere comprobar que cumplimos con la Ley de Privacidad Federal.

Responder a las solicitudes de donación de órganos y tejidos

- Podemos compartir su información médica con las organizaciones de procuración de órganos.

Trabajar con un médico forense o director funerario

- Podemos compartir información médica con un oficial de investigación forense, médico forense o director funerario cuando un individuo fallece.

Tratar la compensación de trabajadores, el cumplimiento de la ley y otras solicitudes gubernamentales

- Podemos utilizar o compartir su información médica:
 - En reclamos de compensación de trabajadores.
 - A los fines de cumplir con la ley o con un personal de las fuerzas de seguridad.
 - Con agencias de supervisión sanitaria para las actividades autorizadas por ley.
 - En el caso de funciones gubernamentales especiales, como los servicios de protección presidencial, seguridad nacional y servicios militares

Responder a demandas y acciones legales

- Podemos compartir su información médica en respuesta a una orden administrativa o de un tribunal o en respuesta a una citación.

Instruction C: Insert any special notes that apply to your entity's practices such as "we do not create or manage a hospital directory" or "we do not create or maintain psychotherapy notes at this practice."

Instruction D: The Privacy Rule requires you to describe any state or other laws that require greater limits on disclosures. For example, "We will never share any substance abuse treatment records without your written permission." Insert this type of information here. If no laws with greater limits apply to your entity, no information needs to be added.

Instruction E: If your entity provides patients with access to their health information via the Blue Button protocol, you may want to insert a reference to it here.

To leave this section blank, add a word space to delete the instructions.

Nuestras responsabilidades

- Estamos obligados por ley a mantener la privacidad y seguridad de su información médica protegida.
- Le haremos saber de inmediato si ocurre un incumplimiento que pueda haber comprometido la privacidad o seguridad de su información.
- Debemos seguir los deberes y prácticas de privacidad descritas en esta notificación y entregarle una copia de la misma.
- No utilizaremos ni compartiremos su información de otra manera distinta a la aquí descrita, a menos que usted nos diga por escrito que podemos hacerlo. Si nos dice que podemos, puede cambiar de parecer en cualquier momento. Háganos saber por escrito si usted cambia de parecer.

Para mayor información, visite: www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/factsheets_spanish.html, disponible en español.

Cambios a los términos de esta notificación

Podemos modificar los términos de esta notificación, y los cambios se aplicarán a toda la información que tenemos sobre usted. La nueva notificación estará disponible según se solicite, en nuestra oficina, y en nuestro sitio web.

December 1, 2018

Esta Notificación de Prácticas de Privacidad se aplica a las siguientes organizaciones.

Instruction G: If your entity is part of an OHCA (organized health care arrangement) that has agreed to a joint notice, use this space to inform your patients of how you share information within the OHCA (such as for treatment, payment, and operations related to the OHCA). Also, describe the other entities covered by this notice and their service locations. For example, "This notice applies to Grace Community Hospitals and Emergency Services Incorporated which operate the emergency services within all Grace hospitals in the greater Dayton area."

*Karol Sorensen, Office Manager Karol@americanstaffcorp.com 6301 S Mingo Rd, Tulsa, OK 74133
918-362-9675*

¿Tiene dudas de si es un resfrío o es la gripe?

Con MDLIVE, puede consultar con un doctor las 24 horas, los 7 días de la semana desde su hogar, la oficina o estando de viaje.



El invierno es la época de los resfríos y la gripe. Hable con MDLIVE lo antes posible.

Durante el invierno aumentan los casos de resfríos y de gripe. ¿Puede usted distinguirlos? No siempre resulta fácil saberlo y el estado de gripe puede agravarse. Así que si nota que usted padece síntomas de resfrío o gripe, consulte cuanto antes a un doctor de MDLIVE.



Consulte con un doctor certificado con 15 años de experiencia promedio mediante la aplicación móvil de MDLIVE, por video o teléfono.



Los doctores están disponibles a cualquier hora, día y noche, e incluso fines de semana y días feriados.



Se le puede enviar una receta médica a la farmacia más cercana, de ser medicamento necesario.

Su doctor virtual está aquí. ¡Regístrese gratis hoy!



Descargue la aplicación.
 Regístrese gratis. Consulte un doctor.

MDLIVE.com/AHDI
888-374-3142