

2026



employer solutions staffing group_{llc}

GUÍA DE INSCRIPCIÓN A LOS BENEFICIOS



The American Worker[®]

Provided by Fringe Benefit Group

MENSAJE A NUESTROS EMPLEADOS

Employer Solutions Staffing Group valora las contribuciones de nuestros empleados y nos complace ofrecer una variedad de opciones de cobertura asequibles a través de The American Worker. Para nosotros es importante que usted y sus seres queridos reciban la cobertura que necesitan. Revise atentamente esta guía de inscripción para asegurarse de comprender los beneficios que se brindan y poder tomar las decisiones correctas para usted y su familia.



DEJE DE PAGAR EL PRECIO COMPLETO POR LOS SERVICIOS

NO SEA RECHAZADO PARA ALGUNOS SERVICIOS



EVITE GRANDES COSTES INICIALES

¡MANTENTE SALUDABLE!



SU OPORTUNIDAD DE INSCRIPCIÓN

¿SOY ELEGIBLE PARA RECIBIR BENEFICIOS?

Como empleado de Employer Solutions Staffing Group, usted tiene derecho a inscribirse en los beneficios. Debe estar trabajando activamente para conservar la cobertura. La cobertura para dependientes está disponible para su cónyuge legal y sus hijos legales hasta los 26 años.

¿CUÁNDO PUEDO HACER UN CAMBIO DE PLAN O CANCELAR MI COBERTURA?

La cobertura solo se puede cambiar o cancelar durante la inscripción abierta o dentro de los 30 días posteriores a un evento de vida calificado.

¿CÓMO ME INSCRIBO EN LA COBERTURA?

Puede inscribirse en la cobertura en línea, por teléfono o en su dispositivo móvil. Si no se inscribe en la cobertura ahora, no podrá hacerlo hasta el próximo período de inscripción abierta, a menos que experimente un evento de vida calificado.

FECHA DE ENTRADA EN VIGOR: 01/01/2026, 05/01/2026 O 12/01/2026,
SEGÚN SU FRECUENCIA DE PAGO Y LA FECHA DEL PRIMER CHEQUE
CON DESCUENTO.



Inscríbese en línea: Visite www.TheAmericanWorker.com

1. Seleccione Iniciar sesión y registrarse
 2. Haga clic en Registrarse e inscribirse
- Disponible a cualquier hora, de día o de noche



Por teléfono: Llame al **(800) 517-4785**

Lunes a Viernes 8:00 AM - 8:00 PM ET
Presione 1 para inscribirse.
Pulse 2 para cualquier otra consulta

PLAN MEC MEJORADO

- Cobertura del 100 % al utilizar proveedores dentro de la red para servicios preventivos de la ACA
- Descuentos en medicamentos recetados
- Herramienta de comparación de precios médicos para calcular los gastos de bolsillo antes de elegir un proveedor o centro
- Copagos para visitas al médico, pruebas de diagnóstico y análisis de laboratorio
- Cobertura para medicamentos recetados
- Telemedicina con consultas gratuitas



¡NO SE QUEDE SIN COBERTURA MÉDICA!

Cuidar su salud no debería ser un juego al azar. Los chequeos regulares y la atención preventiva pueden detectar pequeños problemas de manera temprana, lo que lo mantendrá saludable y evitará problemas mayores en el futuro.

Nuestros planes asequibles hacen que el acceso a servicios básicos de atención médica sea fácil y conveniente. ¡Tome el control de su salud y bienestar e inscríbase hoy!

PLANES ESPECIALES PARA

COBERTURA DENTAL

Paga hasta \$1,000 al año con un deducible de \$20 por visita.

COBERTURA DE VISIÓN

Cobertura para exámenes de la vista y lentes correctivos.

DISCAPACIDAD A CORTO PLAZO

Paga \$150 por semana por hasta 26 semanas.

SEGURO DE VIDA/AD&D

\$10,000 de cobertura de vida y AD&D para empleados.



BENEFICIOS DE VISIÓN Y DENTAL

Tener dientes y ojos sanos es fundamental para una vida saludable. Una mala salud bucal y visual puede afectar su bienestar general, lo que puede provocar molestias, faltas al trabajo e incluso problemas de salud más graves en el futuro.

Nuestros planes brindan cobertura para exámenes y evaluaciones esenciales para ayudarlo a detectar posibles problemas de manera temprana, asegurando una sonrisa saludable y una visión nítida en los años venideros.



DISCAPACIDAD, SEGURO DE VIDA/AD&D Y MÁS

Prepárese para los desafíos de la vida. Los accidentes, las enfermedades y las pérdidas pueden afectar a cualquiera. La carga financiera sumada al estrés emocional puede ser abrumadora.

Nuestros planes brindan apoyo financiero durante momentos difíciles, lo ayudan a concentrarse en la recuperación y brindan una red de seguridad para sus seres queridos. No permita que un evento inesperado descarrile su vida.

PLANES MEC MEJORADO

El Plan MEC Mejorado brinda la misma cobertura de atención preventiva que el Plan MEC. También incluye copagos por servicios ambulatorios como visitas médicas, análisis de laboratorio, radiografías y más en los proveedores de la Red del Plan de Beneficios Limitados PHCS. El plan también ofrece copagos por medicamentos recetados y acceso a consultas de telemedicina.

Este Plan Élite Mejorado de MEC también incluye un beneficio diario para servicios de hospitalización, como visitas a urgencias, anestesia, cirugía y cuidados intensivos. Este beneficio diario no requiere el uso de un proveedor de la red; sin embargo, tiene acceso a la Red del Plan de Beneficios Limitados de www.multiplan.com/awp. Cuando utilice un proveedor de la red, se aplicará un descuento a su factura además de su beneficio diario, disminuyendo la cantidad de gastos de bolsillo. Estos beneficios no se aplican al deducible ni a gastos de bolsillo.

¿POR QUÉ DEBERÍA INSCRIBIRSE EN UN PLAN MEC MEJORADO?

- Servicios preventivos cubiertos al 100% para proveedores e instalaciones dentro de la red.
- Acceso a descuentos de la red a través del Plan de Beneficios Limitados PHCS.
- Copagos y descuentos en medicamentos recetados.
- Sin gastos de bolsillo adicionales por servicios con copago.
- Beneficio diario para servicios médicos no preventivos para pacientes hospitalizados, dentro o fuera de la red, únicamente en el plan MEC Enhanced Elite.
- Se incluyen beneficios adicionales como telemedicina, seguro por muerte y desmembramiento accidental, seguro médico por accidente y seguro de vida básico.
- En la mayoría de los casos, evite pagar de su bolsillo por servicios antes de su cita presentando su tarjeta de identificación de trabajador estadounidense como comprobante de cobertura.

AHORRE DINERO - ENTRE EN LA RED

Cuando acude a un proveedor de la red, servicios como las visitas médicas y las pruebas diagnósticas están cubiertos con un solo copago. Este es un ejemplo de cómo acudir a un proveedor de la red puede ahorrarle dinero en una visita médica si está enfermo o tiene una lesión. **Consulte la tabla de beneficios para conocer el importe real del beneficio.**

EJEMPLO

Va al médico porque se siente enfermo o se ha lastimado.

Este tipo de servicio suele incluir un cargo por la visita al consultorio.

EN LA RED

\$125
Coste de la visita
al consultorio

=

Su Copago es de \$30

FUERA DE LA RED

El beneficio fuera de la red varía según el plan. Revise el diseño del plan en esta guía para ver cuál es el beneficio fuera de la red.

PLANES MEC MEJORADO

PLAN PREFERIDO MEJORADO DE MEC

PLAN ÉLITE MEJORADO DE MEC

*BENEFICIOS AUTOFINANCIADOS: SE REQUIERE EL USO DE PROVEEDORES DE LA RED PHCS.

Cobertura mínima esencial (CME)	El plan paga el 100% de todos los servicios preventivos exigidos por la ACA. Usted DEBE visitar a un proveedor de la Red PHCS para que los servicios sean cubiertos.	
Visita al consultorio	\$20 de copago; visitas ilimitadas	\$20 de copago; visitas ilimitadas
Especialistas	\$50 de copago; visitas ilimitadas	\$50 de copago; visitas ilimitadas
Atención de urgencias	\$50 de copago; visitas ilimitadas	\$50 de copago; visitas ilimitadas
Pruebas de diagnóstico y análisis de laboratorio	\$60 de copago; días de prueba ilimitados	\$60 de copago; días de prueba ilimitados
Atención quiropráctica	\$75 de copago; visitas ilimitadas	\$75 de copago; visitas ilimitadas
Imágenes avanzadas	\$200 de copago; visitas ilimitadas	\$200 de copago; visitas ilimitadas
Medicamentos recetados	CerpassRx	CerpassRx
-Genérico	\$10 de copago	\$10 de copago
-De Marca	Descuentos	Descuentos
-Máximo anual	Ilimitados	Ilimitados

BENEFICIOS ADICIONALES - TODOS LOS SERVICIOS INDICADOS A CONTINUACIÓN SE PAGAN POR AÑO CALENDARIO Y POR PERSONA, SALVO QUE SE INDIQUE LO CONTRARIO.

Sala de emergencias (enfermedad)	N/A	\$250 al día; 2 días al año
Indemnización quirúrgica	N/A	\$1,500 al día; 1 día al año
-Quirúrgico de hospitalización diaria		\$750 dólares por día
-Cirugía ambulatoria diaria		\$150 dólares por día
-Ambulatorio Menor Diario		1 día al año
-Beneficio máximo ambulatorio		
Anestesia	N/A	30% del beneficio quirúrgico
Ingreso hospitalario	N/A	\$500 suma global por Internamiento
Indemnización hospitalaria diaria	N/A	\$500 al día;
Unidad de cuidados intensivos		máximo de 500 días de por vida
Abuso de sustancias		\$1,000 al día; 30 días al año
Enfermedad mental		\$250 al día; 30 días al año
Enfermería especializada (hospitalización)		\$250 al día; 30 días al año
		\$250 al día; 60 días por estancia
*Red PHCS	Médico y hospital	Médico y hospital
*Atención primaria virtual Teladoc	Acceso gratuito a médicos por teléfono o Internet	Acceso gratuito a médicos por teléfono o Internet
*Herramienta de comparación de precios médicos	Calcular los gastos médicos antes de hacer la cita	Calcular los gastos médicos antes de hacer la cita
*Gastos médicos por accidente	Beneficio máximo de \$5,000 por lesión	Beneficio máximo de \$5,000 por lesión
*Muerte accidental y desmembramiento	\$15,000 Empleado \$7,500 Cónyuge / \$3,000 Hijos	\$15,000 Empleado \$7,500 Cónyuge / \$3,000 Hijos

TARIFAS SEMANALES	PLAN PREFERIDO MEJORADO DE MEC	PLAN ÉLITE MEJORADO DE MEC
Sólo empleado	\$26.44	\$37.14
Empleado + cónyuge	\$41.64	\$68.41
Empleado + hijo(s)	\$37.40	\$56.66
Familia	\$64.67	\$94.36



*Beneficios no suscritos por Nationwide Life Insurance Company.

La póliza MEC Enhanced Elite no está disponible para residentes de Nuevo México ni de Vermont. Los beneficios varían para los residentes de Kansas y Ohio.

Algunos beneficios pueden compartir máximos. Consulte el certificado del plan para obtener más detalles.

COBERTURA MÍNIMA ESENCIAL (CME)

La Cobertura Mínima Esencial (CME) le ayuda a evitar costosos problemas de salud futuros al centrarse en la prevención, para que se sienta lo mejor posible.

La Cobertura Mínima Esencial (CME) simplifica la atención preventiva. Obtendrá una cobertura del 100% dentro de la red para todos los servicios preventivos requeridos por la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio, incluyendo chequeos de rutina, vacunas, pruebas de detección, medicamentos preventivos y vacunas contra la COVID-19. Solo hay tres pruebas de COVID-19 disponibles al año sin receta.

SERVICIOS CUBIERTOS

Exámenes médicos

- Presión arterial
- Colesterol
- Diabetes

Examen anual de bienestar de la mujer

Exámenes de bienestar del bebé y del niño

Vacunas contra la gripe y vacunas de rutina

Anticoncepción

- Métodos aprobados por la FDA, excluyendo los fármacos abortivos
- Procedimientos de esterilización femenina

Exámenes de detección del cáncer

- Colorrectal
- De mamas

Asesoramiento sobre temas que incluyen:

- Abuso de alcohol y drogas
- Depresión
- Dieta y obesidad
- Violencia doméstica
- Enfermedades de transmisión sexual
- Dejar de fumar

EJEMPLO

Acuda al médico para hacerse un examen físico anual. Este tipo de servicio suele incluir un cargo por la visita al consultorio y un análisis de laboratorio.

EN LA RED

\$160

Coste de la visita al consultorio

+

\$170

Coste de laboratorio aprobado por la ACA

=

\$330

Total del examen facturado

Su gasto \$0

FUERA DE LA RED

\$160

Coste de la visita al consultorio

+

\$170

Coste de laboratorio aprobado por la ACA

=

\$330

Total del examen facturado

Su gasto \$330

Tenga en cuenta que el Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de EE. UU. actualiza periódicamente estas listas y establece los requisitos, como la edad, el sexo o las condiciones de salud, para que se cubran los servicios. Para obtener una lista actualizada que incluya todos los requisitos, visite www.healthcare.gov/preventive-care-benefits/.

IMPORTANTE: Es posible que su médico le brinde un servicio preventivo, como una prueba de detección de colesterol, como parte de una visita al consultorio. Tenga en cuenta que es posible que deba pagar algunos costos por la visita al consultorio si el servicio preventivo no es el propósito principal de la visita o si su médico le factura los servicios preventivos por separado de la visita al consultorio.

CARACTERÍSTICAS ADICIONALES DEL PLAN

RED DE BENEFICIOS LIMITADOS PHCS



Todos los planes ofrecen acceso a una red PPO que permite a los asegurados beneficiarse de las tarifas negociadas en la red.

ENCONTRAR UN PROVEEDOR DE LA RED

- **Red de beneficios limitados:** www.Multiplan.com/awp
- **Llame al:** (888) 371-7427

ATENCIÓN PRIMARIA VIRTUAL TELADOC



Con Primary360 de Teladoc, tendrá acceso a servicios de Atención Primaria, Medicina General y Salud Conductual. Atención de calidad y conveniente para ayudarlo a mantenerse saludable.

- Atención Primaria: Consulta de nuevo paciente: \$165; Consultas de seguimiento: \$99
- Medicina General: \$0 por consulta
- Bienestar Anual: \$165 por consulta
- Psiquiatría: Consulta de nuevo paciente: \$235; Consultas de seguimiento: \$105
- Terapeuta: \$95 por consulta

Nota: Pueden aplicarse responsabilidades adicionales para el miembro, según el diseño del beneficio médico subyacente.

HERRAMIENTA DE COMPARACIÓN DE PRECIOS MÉDICOS: LIBRO AZUL DE ATENCIÓN MÉDICA



¿Necesita atención médica para un servicio no preventivo? Aún puede obtener un descuento en esos servicios si acude a un proveedor de la red. Utilice esta herramienta de comparación de precios médicos para buscar procedimientos médicos en proveedores de la red de su zona para encontrar el mejor precio y obtener una estimación de los gastos de su bolsillo.

Es fácil encontrar ahorros con una simple búsqueda antes de hacer su cita. Acceda a la herramienta de comparación de precios médicos a través de su portal para afiliados en www.TheAmericanWorker.com o llame al (855) 495-1190.

La herramienta de comparación de precios médicos no garantiza que las estimaciones de costos sean el precio que le cobren o pague por los servicios.

ACCIDENTE MÉDICO Y MUERTE ACCIDENTAL Y DESMEMBRAMIENTO CRUM & FORSTER



Pueden ocurrir accidentes imprevistos que le dejen a usted, o a sus seres queridos, gastos imprevistos. Los beneficios por Accidente Médico, y Muerte Accidental y Desmembramiento le proporcionan un pago en efectivo a usted o a sus seres queridos para ayudarles a aliviar parte de la carga financiera después de que se produzca una crisis relacionada con un accidente. Este beneficio está suscrita por Crum & Forster y administrada por la NAHGA.

- **Gastos médicos por accidente:** Beneficio máximo de \$5,000 por lesión
- **Muerte accidental y desmembramiento:** \$15,000 Empleado / \$7,500 Cónyuge / \$3,000 Hijo

DENTAL

Mantenga una sonrisa brillante y sana y contribuya a su bienestar general con una cobertura dental asequible. La atención dental periódica es importante, por lo que es crucial contar con un plan dental que cubra las visitas rutinarias y ofrezca descuentos dentro de la red. **No recibirá una tarjeta de identificación para este beneficio, se utilizará su número de Seguridad Social como identificación.**

Este plan está suscrito por Ameritas.

BENEFICIOS DEL PLAN DENTAL		
PLAN MÁXIMO		
Máximo por año calendario	Hasta \$1,000 por afiliado cubierto	
Deductible	\$20 por vista	
BENEFICIOS CUBIERTOS	PERIODO DE ESPERA	COSEGURO
Prevención y diagnóstico Exámenes rutinarios, limpiezas, radiografías, etc.	Ninguno	Cubierto al 100% (MAC/MAB)*
Tratamiento básico Amalgamas y composites restauradores Endodoncia, periodoncia, extracciones, etc.	3 meses	Cubierto al 60% (MAC/MAB)*
Tratamiento mayor Incrustaciones dentales, coronas, prótesis, etc.	12 meses	Cubierto al 50% (MAC/MAB)*
TARIFAS SEMANALES		
Sólo empleado	\$6.36	
Empleado + cónyuge	\$15.87	
Empleado + hijo(s)	\$10.96	
Familia	\$16.64	

*La beneficio por reclamo de gastos máximos permitidos (MAC) es el importe máximo que puede cobrar un proveedor de la red. Si elige un proveedor de la red, es posible que los gastos de su bolsillo sean menores. Para mantener las tarifas más bajas, si visita a un dentista fuera de la red, la beneficio por reclamo se considera el beneficio máximo permitido (MAC), que es igual a la tarifa contratada más baja de su código postal. Cualquier diferencia entre el beneficio del plan y la tarifa del dentista será un gasto de su bolsillo.

LOCALIZAR PROVEEDORES DE LA RED

Llame al **(800) 659-2223**

- Seleccione la opción 3

Visite **www.Ameritas.com**

- Su red es la Red "CLASSIC PPO"



VISIÓN

Un examen de la vista regular no sólo lo ayudará a ver mejor, sino que también puede detectar los primeros signos de enfermedades graves. Visite a un proveedor de VSP Choice para aprovechar al máximo su plan de visión. **No recibirá una tarjeta de identificación para este beneficio, se utilizará su número de Seguro Social como identificación.**

Este plan está suscrito por Ameritas.

BENEFICIOS DEL PLAN DE VISIÓN		
PLAN MÁXIMO		
Deducible	Examen de \$10, lentes o marcos de \$25 ¹	
BENEFICIOS CUBIERTOS	RED VSP CHOICE	FUERA DE LA RED
Examen de la visión anual	Cubierto en su totalidad	Up to \$45
Lentes (por par) Monofocales / Bifocales Trifocales / Lenticulares	Cubierto en su totalidad Cubierto en su totalidad	Hasta \$30 / Hasta \$50 Hasta \$65 / Hasta \$100
Contactos Exámenes de ajuste y seguimiento Optativo Médicamente necesario	\$60 de Copago Hasta \$105 Cubierto en su totalidad	Sin Beneficio Hasta \$105 Hasta \$210
Marcos	Hasta \$105 ²	Hasta \$70
Frecuencia Examen / Lentes / Marcos	Basado en la fecha de servicio 12 Meses / 12 Meses / 24 Meses	
TARIFAS SEMANALES		
Sólo empleado		\$2.12
Empleado + cónyuge		\$4.19
Empleado + hijo(s)		\$3.91
Familia		\$5.98

¹El deducible se aplica a un par completo de lentes o marcos, según se elija.

²El beneficio de Costco será el equivalente al mayorista.

LOCALIZAR PROVEEDORES DE LA RED

Llame al **(800) 877-7195**

Visite **www.Ameritas.com**

- Su red es la Red "VISION: VSP"



SEGURO DE INCAPACIDAD A CORTO PLAZO Y SEGURO DE VIDA/AD&D

DISCAPACIDAD A CORTO PLAZO

La vida diaria depende de unos ingresos constantes, pero los accidentes y las enfermedades graves pueden dejarle sin trabajo. Este plan puede ayudarle a cubrir sus gastos pagándole en efectivo si se enferma o se lesiona y no puede trabajar.

DISCAPACIDAD A CORTO PLAZO	
Beneficio máximo semanal	El plan paga una suma global de \$150
Período máximo de beneficio	26 semanas
Período de espera	7 días (accidentes y enfermedades)
NIVEL DE BENEFICIO	TARIFAS SEMANALES
Sólo para empleados	\$3.50

La cobertura incluye la invalidez por embarazo y parto.

Esta cobertura no está disponible para residentes de CA, HI, NJ, NM, NY, RI ni VT.

Los residentes de CA, HI, NJ, NY y VT cuentan con seguro por discapacidad patrocinado por el estado.



OPTIONAL LIFE & DEPENDENT LIFE

Este plan puede ayudar a proteger el futuro financiero de quienes más dependen de usted. El beneficio de seguro de vida opcional pagará un importe de beneficio predeterminado en caso de fallecimiento de la persona cubierta.

Puede seleccionar Seguro de Vida para dependientes para brindar un seguro de vida a sus dependientes elegibles. Tenga en cuenta que el beneficio de Seguro de vida para dependientes solo se puede seleccionar junto con el beneficio de Seguro de vida para empleados. El Seguro de vida para dependientes no puede superar el monto del Seguro de vida opcional que elija.

Asigne sus beneficiarios en su formulario de afiliación o a través de su portal de afiliado de American Worker.

SEGURO DE VIDA/AD&D		TARIFAS SEMANALES	
Empleado	Paga \$10,000	Sólo empleado	\$0.60
DEPENDENT LIFE INSURANCE		Empleado + cónyuge	\$0.90
Cónyuge	Paga \$5,000	Empleado + hijo(s)	\$0.90
Hijo (de 6 meses a 26 años)	Paga \$2,500	Familia	\$1.80
Lactantes (de 10 días a 6 meses)	Paga \$400		

El seguro de vida/AD&D no está disponible para residentes de NM y VT.



¿CÓMO PAGO LA COBERTURA?

La prima se deducirá de su nómina.

¿QUÉ OCURRE SI NO TENGO DEDUCCIÓN SALARIAL?

Se suspenderán sus beneficios. Sus beneficios se reanudarán cuando tenga una nómina con retención.

¿QUÉ OCURRE SI TENGO UN SINIESTRO CUANDO MIS BENEFICIOS ESTÁN SUSPENDIDOS?

Su solicitud será denegada y deberá pagar el 100% del costo de la atención recibida. Si se encuentra dentro de los 30 días posteriores a la deducción no realizada, puede pagar directamente a The American Worker por ese período no realizado. Su solicitud se procesará automáticamente.

¿CÓMO MANTENGO MI COBERTURA SI OMITÍ UNA DEDUCCIÓN?

Puede efectuar un pago directamente a The American Worker para evitar que le suspendan la cobertura.

¿CÓMO HAGO UN PAGO SI OMITÍ UNA DEDUCCIÓN?

Puede pagar en línea, por teléfono o por correo. Las opciones de pago incluyen tarjeta de crédito o débito, cheque personal y giro postal. También puede establecer un pago automático desde su tarjeta de crédito o cuenta bancaria para abonar las deducciones no efectuadas.

En línea: Visite www.TheAmericanWorker.com e inicie sesión en su portal del empleado

Teléfono: Llame a The American Worker al **(800) 517-4785**

Correo: 11910 Anderson Mill Rd #401, Austin, TX 78726

NOTA: Si ha configurado pagos automáticos, debe ponerse en contacto con The American Worker para cancelar el pago automático cuando finalice su empleo. Si no lo hace, la cobertura se cargará en su cuenta y no recibirá ningún reembolso.

¿DE CUÁNTO TIEMPO DISPONGO PARA EFECTUAR EL PAGO DE UNA DEDUCCIÓN OMITIDA?

Dispone de 30 días a partir de la fecha de su cheque de pago sin deducción para efectuar el pago de la prima. Si no abona la deducción omitida en el plazo de 30 días, no podrá pagar ese período de cobertura en una fecha posterior.

¿SE CANCELARÁ MI COBERTURA SI NO PAGO LA PRIMA?

A los empleados que cobran semanalmente y no tienen deducciones durante 5 semanas consecutivas se les cancelará la cobertura por falta de pago.

A los empleados que cobran quincenalmente y no tienen deducciones durante 3 periodos de pago consecutivos se les cancelará la cobertura por falta de pago.

A los empleados que cobran bimensualmente y no tienen deducciones durante 2 periodos de pago consecutivos se les cancelará la cobertura por falta de pago.

A los empleados mensuales que no tengan una menstruación se les cancelará la cobertura por falta de pago.

Revise su nómina para asegurarse de que se le haya deducido la prima. De no ser así, comuníquese con The American Worker inmediatamente para realizar el pago y evitar la cancelación de su cobertura.

FAQ'S & CONTACTS

¿RECIBIRÉ UNA TARJETA DE IDENTIDAD?

Cuando se inscriba en el seguro médico por primera vez, le enviaremos una tarjeta de identificación y la información sobre la póliza a la dirección de su domicilio que tenemos registrada. Si modifica su cobertura médica, le enviaremos una nueva tarjeta de identificación a su domicilio. Puede solicitar una nueva tarjeta de identificación poniéndose en contacto con el Servicio de Atención al Afiliado o acceder a una tarjeta de identificación temporal entrando en www.TheAmericanWorker.com.

Para cualquier cobertura no médica que elija, la información sobre la póliza se le enviará por correo a su domicilio. No recibirá una tarjeta de identificación para la cobertura no médica.

¿CÓMO UTILIZO MI COBERTURA?

Cuando busque atención médica, pregunte siempre a su proveedor si participa en la red asociada a su plan. Presente su tarjeta de identificación médica a su proveedor y pídale que llame al número de atención al cliente para verificar la cobertura. Asegúrese de localizar un proveedor de la red antes de solicitar atención médica.

Cuando concierte una cita con el dentista o el oftalmólogo, informe a su proveedor de que sus beneficios son con Ameritas y de que pueden verificar la cobertura utilizando su número de Seguridad Social.

CONTACTOS

BENEFICIO	CONTACTO	PÁGINA WEB	NÚMERO DE TELÉFONO
Médico	The American Worker	www.TheAmericanWorker.com	(800) 517-4785
Accidente Médico y AD&D (Incluido en los Planes Mejorados de MEC)	Crum & Forster administered by NAHGA	www.Nahgaclaimservices.com	(800) 952-4320
Telemedicina	Teladoc	www.Teladoc.com	(800) 835-2362
Vida opcional y Vida dependiente	Nationwide administered by The American Worker	www.TheAmericanWorker.com	(800) 517-4785
Red PPO de Planes MEC Mejorado	PHCS Limited Benefit Plan Network	www.Multiplan.com/awp	(888) 371-7427
Dental	Ameritas	www.Ameritas.com	(800) 659-2223
Visión	Ameritas	www.Ameritas.com	(800) 877-7195

INTRODUCCIÓN

El derecho a la cobertura de continuación de COBRA fue creado por una ley federal, la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria de 1985 (COBRA). La cobertura de continuación COBRA puede estar disponible para usted cuando, de otro modo, perdería su cobertura médica grupal. También puede estar disponible para otros miembros de su familia que estén cubiertos por el Plan cuando, de otro modo, perderían su cobertura de salud grupal. Para obtener información adicional sobre sus derechos y obligaciones según el Plan y según la ley federal, debe revisar la Descripción resumida del plan, que se le enviará por correo después de su inscripción en el plan.

¿QUÉ ES LA COBERTURA DE CONTINUACIÓN COBRA?

La cobertura de continuación COBRA es una cobertura de continuación del Plan cuando la cobertura terminaría debido a un evento de vida conocido como "evento calificado". Los eventos calificados específicos se enumeran a continuación. Después de un evento calificado, se debe ofrecer la cobertura de continuación COBRA a cada persona que sea un "beneficiario calificado". Usted, su cónyuge y sus hijos dependientes podrían convertirse en beneficiarios calificados si se pierde la cobertura del Plan debido al evento calificado. Según el Plan, los beneficiarios calificados que elijan la cobertura de continuación COBRA deben pagar la cobertura de continuación COBRA.

Si es un empleado, se convertirá en un beneficiario calificado si pierde su cobertura bajo el Plan debido a uno de los siguientes eventos calificados:

- Sus horas de trabajo se reducen
- Su empleo termina por cualquier motivo que no sea su mala conducta grave.

Si es cónyuge o pareja de hecho de un empleado, se convertirá en un beneficiario calificado si pierde su cobertura bajo el Plan debido a cualquiera de los siguientes eventos calificados:

- Su cónyuge o pareja de hecho muere
- Se reducen las horas de empleo de su cónyuge o pareja de hecho
- El empleo de su cónyuge o pareja de hecho termina por cualquier motivo que no sea su mala conducta grave.
- Su cónyuge o pareja de hecho adquiere derecho a los beneficios de Medicare (según la Parte A, la Parte B o ambas)
- Se divorcia o se separa legalmente de su cónyuge o pareja de hecho

Sus hijos dependientes se convertirán en beneficiarios calificados si pierden la cobertura del plan debido a cualquiera de los siguientes eventos calificados:

- El padre/empleado muere
- Se reducen las horas de empleo del padre/empleado.
- El empleo del padre/empleado termina por cualquier motivo que no sea su mala conducta grave.
- El padre/empleado adquiere derecho a los beneficios de Medicare (Parte A, Parte B o ambas)
- Los padres se divorcian o se separan legalmente.
- El hijo deja de ser elegible para la cobertura del plan como "hijo dependiente"

¿CUÁNDO ESTÁ DISPONIBLE LA COBERTURA POR COBRA?

El Plan ofrecerá la cobertura de continuación COBRA a beneficiarios calificados solo después de que se haya notificado al Administrador del Plan que ha ocurrido un evento calificado.

El empleador debe notificar al Registrador del Plan si ocurre cualquiera de los siguientes eventos calificados: el fin del empleo, una reducción de las horas de empleo, la muerte del empleado, el inicio de un procedimiento de quiebra con respecto al empleador o que el empleado tenga derecho a los beneficios de Medicare (bajo la Parte A, la Parte B o ambas).

DIVULGACIONES

Consulte la póliza de seguro oficial y los documentos del plan para obtener información más amplia sobre sus planes de beneficios. En caso de conflicto entre esta guía y los documentos oficiales del plan, prevalecerán los documentos del plan, la póliza y el certificado de cobertura.

Nationwide: Los residentes de Nuevo México y Vermont no tienen derecho a ninguno de los programas de beneficios que ofrece The American Worker. Los beneficios varían para los residentes en Kansas y Ohio.

Nationwide y Nationwide N y Eagle son marcas de servicio de Nationwide Mutual Insurance Company.

La cobertura está suscrita por Nationwide Life Insurance Company, Columbus, Ohio (CA COA #7032). El Plan de Beneficios Limitado es aplicable al formulario de póliza SRCP 2000 o equivalente estatal. El plan PRAM RX es aplicable a los formularios de póliza GPDP AO L20 y no está disponible en todos los estados. Este producto sólo proporciona cobertura de récipes médicos, no cubre el seguro hospitalario básico, el seguro médico básico ni el seguro médico principal según la definición del Departamento de Servicios Financieros del Estado de Nueva York. NSM-0301AO (06/23). Las coberturas son distribuidas por Fringe Benefit Group. Nationwide y Fringe Benefit Group son empresas independientes y no afiliadas.

Cobertura mínima esencial (MEC) y planes MEC mejorados: Estos planes proporcionan a los afiliados una cobertura mínima esencial según las normas federales del impuesto sobre la renta. Las personas que no se inscriban en estos planes pueden optar a un crédito fiscal federal que reduce su prima mensual o a una reducción de determinados gastos compartidos si se inscriben en un plan de seguro médico a través del intercambio federal o estatal. Las personas que se inscriban en estos planes pueden no tener derecho a un crédito fiscal federal a través de un intercambio federal o estatal mientras esté inscrito en estos planes. Estos planes no proporcionan un seguro médico completo. Se aplican limitaciones y exclusiones.

Beneficios Limitados: este programa no está destinado ni recomendado para sustituir a ningún programa de seguro integral en el que participe actualmente o tenga intención de participar. Este plan no está diseñado para sustituir ni proporcionar cobertura de gastos médicos mayores o catastróficos. Este folleto sólo tiene carácter informativo. Los beneficios de seguro del plan de beneficios limitados son ofrecidos por Nationwide Life Insurance Company. Se proporcionará información adicional al inscribirse en el programa. Se aplican las exclusiones y limitaciones del plan. Los residentes de Massachusetts pueden acogerse al plan de Beneficios Limitados, pero este plan NO cumple las normas de Cobertura Mínima Acreditable. **El plan de beneficios limitados (a) no sustituye a la cobertura de salud mínima esencial según la Ley de Asistencia Sanitaria Asequible (Affordable Care Act, ACA); y (b) no reúne los requisitos para ser considerado cobertura esencial mínima según la ACA.**

Descargo de responsabilidad de la Sección 125: Al inscribirse, usted elige participar en el plan American Worker para obtener los beneficios disponibles según las secciones 79, 105, 106 y 125 del Código de Rentas Internas y estas secciones con sus modificaciones. Usted comprende que el plan pasará automáticamente al estado antes de impuestos y a las deducciones de nómina elegibles que se proporcionan a través del Plan. Usted comprende que al participar en este Plan, sus beneficios del Seguro Social pueden reducirse, ya que estas primas se deducirán antes de que se grave su salario. Esta elección permanecerá vigente durante todo el Año del Plan. Su elección NO PUEDE cambiarse durante el Año del Plan de acuerdo con las Pautas del Servicio de Rentas Internas a menos que ocurra un evento calificado. Los eventos calificados incluyen: matrimonio, divorcio, separación legal, muerte del cónyuge, nacimiento o adopción legal de un hijo, muerte de un hijo o cambio de empleo del cónyuge que afecte la cobertura del seguro. Al inscribirse, ha aceptado los términos detallados sobre las condiciones detalladas al respecto.

Gastos médicos por accidente: Este es un breve resumen de la cobertura de Accidentes disponible en este plan. La póliza emitida contiene las limitaciones, exclusiones, definiciones y disposiciones del plan correspondientes. Las características y la disponibilidad del plan pueden variar según el estado. Los detalles completos de la cobertura figuran en la póliza que obra en poder del afiliado. Si surgiera algún conflicto entre el contenido de este resumen y la Póliza correspondiente, prevalecerán en todo caso los términos de la Póliza.

Teladoc: © Teladoc Health, Inc. Todos los derechos reservados. Teladoc y el logotipo de Teladoc son marcas registradas de Teladoc Health, Inc. y no pueden utilizarse sin autorización escrita. Teladoc no sustituye al médico de atención primaria. Teladoc no garantiza que se emita una receta. Teladoc opera sujeto a la regulación estatal y puede no estar disponible en determinados estados. Teladoc no prescribe sustancias controladas por la DEA, medicamentos no terapéuticos y algunos otros medicamentos que pueden ser perjudiciales por su potencial de abuso. Los médicos de HealthiestYou se reservan el derecho a denegar la atención por un posible uso indebido de los servicios.

DIVULGACIONES

Descargo de responsabilidad de Ameritas

Los planes no están disponibles en Massachusetts, Nuevo México o para grupos con menos de 50 empleados admisibles en Washington. Los diseños de los planes pueden variar en algunos estados y están sujetos a la normativa estatal individual. Esta pieza no es para uso en Nuevo México. Todos los planes están suscritos por Ameritas Life Insurance Corp. (Ameritas Life) o Ameritas Life Insurance of New York (Ameritas Life of New York). Las fechas individuales de los productos dentales y oftalmológicos (9000 Rev. 03-16 ó 9000 NY Rev.03-15) pueden variar según el estado. Ameritas y the bison design son marcas de servicio o marcas de servicio registradas de Ameritas Life, la filial Ameritas Holding Company o Ameritas Mutual Holding Company.

Limitaciones y exclusiones: Dental

- cualquier tratamiento con fines estéticos, salvo los que figuran específicamente en el Cuadro de procedimientos odontológicos.
- Reemplazar cualquier aparato protésico, corona, incrustación o restauración parcial fija dentro de los ocho años a partir de la fecha de la última colocación de estos elementos. Sin embargo, si se requiere un reemplazo debido a una lesión corporal accidental sufrida mientras el miembro del plan está cubierto por el beneficio de gastos dentales, será un Gasto cubierto.
- colocación inicial de cualquier prótesis dental o corona protésica, a menos que dicha colocación sea necesaria debido a la extracción de uno o más dientes mientras el miembro del plan esté cubierto por el beneficio de gastos dentales. La extracción de un tercer molar (muela del juicio) no calificará según lo anterior. Cualquier prótesis dental o corona protésica de este tipo debe incluir el reemplazo del diente o dientes extraídos. Esta limitación no se aplica a los grupos con 35 o más empleados cubiertos en la fecha de vigencia del contrato.
- cualquier procedimiento iniciado antes de que el afiliado al plan estuviera cubierto por el beneficio de gastos dentales.
- sustituir aparatos perdidos o robados, para aparatos, restauraciones o procedimientos para:
 - alterar la dimensión vertical; restaurar o mantener la oclusión;
 - ferulizar o reponer la estructura dental perdida por abrasión o desgaste
- cualquier intervención que no figure en el cuadro de intervenciones odontológicas.
- servicios que no son necesarios para la atención y el tratamiento necesarios o no están dentro de los parámetros de atención generalmente aceptados.

La lista completa de exclusiones y limitaciones figura en el apartado Limitaciones y en la Tabla de Procedimientos Dentales del Certificado de Cobertura. Visión

- exámenes visuales, lentes o marcos con una frecuencia superior a la indicada en la página de resumen del plan.
- exámenes realizados o marcos o lentes solicitados antes de que el afiliado estuviera cubierto por los beneficios de gastos oftalmológicos.
- Está sujeto a la extensión de beneficios, todo examen realizado o marco o lente pedido después de la cobertura del afiliado en virtud del seguro oftalmológico
- cese de los beneficios de gastos de atención.
- ayudas oftalmológicas subnormales; formación ortóptica u oftalmológica o cualquier prueba asociada.
- lentes no graduados.
- sustitución o reparación de lentes o marcos perdidos o rotos, salvo a intervalos normales.
- cualquier examen ocular o lentes correctores exigidos por un empresario como condición de empleo.
- tratamiento médico o quirúrgico de los ojos.
- lentes recubiertas; lentes sobredimensionados (más de 71 mm); lentes foto-grises; bordes pulidos; recubrimiento UV-400 y facetas, y tintes que no sean sólidos.

La lista completa de exclusiones y limitaciones figura en la sección de limitaciones y en la tabla de procedimientos oftalmológicos del Certificado de Cobertura.

La lista completa de exclusiones y limitaciones figura en el apartado Limitaciones y en la Tabla de Procedimientos Dentales del Certificado de Cobertura. Los planes no están disponibles en Massachusetts, Nuevo México ni para grupos con menos de 50 empleados admisibles en Washington. Los diseños de los planes pueden variar en algunos estados y están sujetos a las normativas estatales individuales. Para consultar la lista completa de limitaciones y exclusiones, consulte su certificado. Esta pieza no es para uso en Nuevo México. Todos los planes están suscritos por Ameritas Life Insurance Corp. (Ameritas Life) o Ameritas Life Insurance of New York (Ameritas Life of New York). Los productos dentales y de la vista (9000 Rev. 03-16 ó 9000 NY Rev.03-15) las fechas individuales pueden variar según el estado. Ameritas y the bison design son marcas de servicio o marcas de servicio registradas de Ameritas Life, la filial Ameritas Holding Company o Ameritas Mutual Holding Company.



**The American
Worker®**

Provided by Fringe Benefit Group

Guía de inscripción a los beneficios

THEAMERICANWORKER.COM / (800) 517-4785

Copyright © 2025 The American Worker es proporcionado por Fringe Benefit Group.