

2026



employer solutions staffing group_{llc}

GUIDE D'ADHÉSION AUX PRESTATIONS



**The American
Worker®**

Provided by Fringe Benefit Group

MESSAGE À NOS EMPLOYÉS

Employer Solutions Staffing Group apprécie les contributions de ses employés, et nous sommes heureux d'offrir une variété d'options de couverture abordables par l'intermédiaire de The American Worker. Il est important pour nous que vous et vos proches puissiez bénéficier de la couverture dont vous avez besoin. Veuillez lire attentivement ce guide d'affiliation afin de vous assurer que vous comprenez les avantages offerts et que vous pouvez faire les bons choix pour vous et votre famille.



NE PAYEZ PLUS LE PRIX
FORT POUR LES
SERVICES

NE SOYEZ PAS REFUSÉS
L'ACCÈS AUX SERVICES



ÉVITEZ DES COÛTS
PRÉALABLES
IMPORTANTES

RESTEZ EN BONNE SANTÉ !



VOTRE OPPORTUNITÉ D'INSCRIPTION

AI-JE DROIT AUX PRESTATIONS ?

En tant qu'employé d'Employer Solutions Staffing Group, vous avez le droit de souscrire à des prestations. Vous devez être activement au travail pour conserver votre couverture. La couverture des personnes à charge est disponible pour votre conjoint légal et vos enfants légaux jusqu'à l'âge de 26 ans.

QUAND PUIS-JE CHANGER DE RÉGIME OU METTRE FIN À MA COUVERTURE ?

La couverture ne peut être modifiée ou annulée que pendant l'inscription ouverte ou dans les 30 jours suivant un événement de vie admissible.

COMMENT S'INSCRIRE À LA COUVERTURE ?

Vous pouvez vous inscrire en ligne, par téléphone ou sur votre appareil mobile. Si vous ne vous inscrivez pas maintenant, vous ne pourrez pas le faire avant la prochaine période d'inscription ouverte, à moins que vous ne subissiez un événement de vie admissible.

INSCRIPTION OUVERTE : 10/11/2025 - 21/11/2025

DATE D'ENTRÉE EN VIGUEUR : 01/01/2026, 05/01/2026 OU 12/01/2026 SELON LA FRÉQUENCE DE VOTRE PAIE ET LA DATE DE VOTRE PREMIER CHÈQUE AVEC RETENUE.



Inscription en ligne : Visitez le site www.TheAmericanWorker.com

1. Sélectionnez **Connexion et inscription**
2. Cliquez sur **S'inscrire et s'enregistrer**

Disponible à tout moment, de jour comme de nuit



Inscription par téléphone : Appeler le **(800) 517-4785**

Lundi – Vendredi
8h00 à 20h00 (heure de l'Est)

Appuyez sur 1 pour vous inscrire.
Appuyez sur 2 pour toute autre question

RÉGIME MEC ENHANCED (COUVERTURE MINIMALE ESSENTIELLE AMÉLIORÉE)

- Couverture à 100 % des services préventifs de l'ACA par les prestataires du réseau.
- Couverture des médicaments génériques sur ordonnance moyennant un ticket modérateur de 10 \$. Les médicaments de marque sont disponibles à un prix réduit.
- Outil de recherche de prix médicaux permettant d'estimer les frais à la charge de l'assuré avant de choisir un prestataire ou un établissement.
- Participation aux frais pour les visites chez le médecin, les tests de diagnostic et laboratoire.
- Télémédecine avec consultations gratuites.



NE VOUS PRIVEZ PAS DE COUVERTURE SANTÉ !

Prendre soin de sa santé ne doit pas être un pari. Des examens réguliers et des soins préventifs permettent de déceler rapidement les petits problèmes, de rester en bonne santé et d'éviter des problèmes plus graves à l'avenir.

Nos régimes abordables rendent l'accès aux services de santé de base facile et pratique. Prenez votre santé et votre bien-être en main et inscrivez-vous dès aujourd'hui !

RÉGIME SPÉCIALISÉ POUR VOUS

COUVERTURE DES SOINS DENTAIRES

Prise en charge jusqu'à 1 000 \$ par an avec une franchise de 20 \$ par visite.

COUVERTURE DES SOINS OPTIQUES

Prise en charge des examens de la vue et des lunettes correctrices.

INVALIDITÉ DE COURTE DURÉE

Il verse 150 \$ par semaine pendant 26 semaines au maximum.

ASSURANCE VIE/ DMA

\$10 000 de couverture assurance vie et DMA pour les employés.



PRESTATIONS DENTAIRES ET OPTIQUES

Des dents et des yeux sains sont la clé d'une bonne santé. Une mauvaise santé bucco-dentaire et visuelle peut avoir un impact sur votre bien-être général, entraînant une gêne, des absences au travail et des problèmes de santé encore plus graves à l'avenir.

Nos régimes couvrent les examens essentiels et les dépistages pour vous aider à détecter rapidement les problèmes potentiels, vous garantissant ainsi un sourire sain et une vision nette pour les années à venir.



HANDICAP, ASSURANCE VIE/ DMA ET PLUS ENCORE

Soyez prêt à relever les défis de la vie. Les accidents, les maladies et les pertes peuvent frapper n'importe qui. La charge financière qui s'ajoute au stress émotionnel peut être écrasante.

Nos régimes offrent un soutien financier pendant les périodes difficiles, vous aidant à vous concentrer sur votre rétablissement et offrant un filet de sécurité à vos proches. Ne laissez pas un événement inattendu gâcher votre vie.

RÉGIMES MEC ENHANCED

Les régimes MEC Enhanced (couverture minimale essentielle améliorée) offrent une couverture préventive à 100 % dans le cadre de l'ACA auprès des prestataires du réseau, ainsi qu'une participation aux frais pour les services ambulatoires tels que les visites chez le médecin, les analyses, les radiographies, etc. auprès des prestataires du réseau PHCS Limited Benefit Plan. Les régimes prévoient la prise en charge des médicaments sur ordonnance et l'accès à des consultations par télémédecine.

Le régime MEC Enhanced Elite comprend une indemnité journalière pour les services aux patients hospitalisés tels que les visites aux urgences, l'anesthésie, la chirurgie et les soins intensifs. Cette indemnité journalière n'exige pas le recours à un prestataire du réseau ; cependant, vous avez accès au réseau du PHCS Limited Benefit Plan www.multiplan.com/awp. Lorsque vous faites appel à un prestataire du réseau, une réduction est appliquée à votre facture en plus de l'indemnité journalière, ce qui réduit le montant que vous payez de votre poche.

POURQUOI SOUSCRIRE À UN RÉGIME MEC ENHANCED ?

- Services préventifs pris en charge à 100 % pour les prestataires et les établissements du réseau.
- Accès aux réductions du réseau par l'intermédiaire du PHCS Limited Benefit Plan Network.
- Participation aux frais et réductions sur les médicaments sur ordonnance.
- Aucun frais supplémentaire pour les services avec ticket modérateur.
- Indemnité journalière pour les services médicaux non préventifs dispensés aux patients hospitalisés, dans le cadre du régime MEC Enhanced Elite uniquement, qu'ils soient dispensés à l'intérieur ou à l'extérieur du réseau.
- D'autres garanties accessoires comme la télémédecine, la couverture en cas de décès ou de mutilation par accident, la couverture médicale en cas d'accident et la couverture de base en cas de décès sont incluses.
- Dans la plupart des cas, vous pouvez éviter de payer de votre poche les services avant votre rendez-vous en fournissant votre carte d'identité d'American Worker comme preuve de couverture.

ÉCONOMISEZ DE L'ARGENT ! - PASSER DANS LE RÉSEAU

Lorsque vous vous adressez à un prestataire affilié, les services tels que les visites au cabinet du médecin et les tests de diagnostic ne sont couverts que par un ticket modérateur. Voici un exemple de la façon dont le fait de s'adresser à un prestataire conventionné peut vous faire économiser de l'argent lors d'une visite chez le médecin si vous êtes malade ou avez une blessure. **Pour connaître le montant réel des prestations, reportez-vous à la grille des prestations.**

EXEMPLE

Vous allez chez le médecin parce que vous vous sentez malade ou blessé. Ce type de service inclut souvent le coût de la visite au cabinet.



EN RÉSEAU

\$125
Coût de visite
au cabinet

=

Votre coût Copaiement de \$ 20



HORS RÉSEAU

La prestation hors réseau varie d'un régime à l'autre. Examinez la conception du régime dans ce guide pour

RÉGIMES MEC ENHANCED

	RÉGIME PRÉFÉRENTIEL MEC ENHANCED			RÉGIME MEC ENHANCED ELITE		
*PRESTATIONS AUTOFINANCÉES - UTILISATION DU RÉSEAU DE FOURNISSEURS PHCS REQUISE.						
Minimum Essential Coverage (MEC) (Couverture minimale essentielle)	Le régime prend en charge à 100 % tous les services de prévention requis par l'ACA. Vous DEVEZ consulter un prestataire du réseau PHCS pour que les services soient couverts.					
Visite au cabinet du médecin	20 \$ de participation aux frais ; nombre illimité de visites			\$20 de participation aux frais ; nombre illimité de visites		
Spécialistes	\$50 de participation aux frais ; nombre illimité de visites			\$50 de participation aux frais ; nombre illimité de visites		
Soins urgents	\$50 de participation aux frais ; nombre illimité de visites			\$50 de participation aux frais ; nombre illimité de visites		
Tests de diagnostic et analyses de laboratoire	\$60 de participation aux frais ; nombre illimité de jours de testes			\$60 de participation aux frais ; nombre illimité de jours d'essai		
Soins chiropratiques	\$75 de participation aux frais ; nombre illimité de visites			\$75 de participation aux frais ; nombre illimité de visites		
Imagerie avancée	\$200 de participation aux frais ; nombre illimité de visites			\$200 de participation aux frais ; nombre illimité de visites		
Médicaments sur ordonnance -Génériques -Marque -Maximum annuel	CerpasRx \$10 de participation aux frais Réductions Illimitées			CerpasRx \$10 de participation aux frais Réductions Illimitées		
PRESTATIONS SUPPLÉMENTAIRES - TOUS LES SERVICES CI-DESSOUS SONT PAYÉS PAR ANNÉE CIVILE ET PAR PERSONNE, SAUF INDICATION CONTRAIRE.						
Salle d'urgence (maladie)	S/O			\$250 par jour ; 2 jours par an		
Indemnité chirurgicale -Hospitalisation quotidienne en chirurgie -Chirurgie ambulatoire quotidienne -Mineurs ambulatoires quotidiens -Prestations ambulatoires maximales	S/O			\$1 500 par jour, 1 jour par an \$750 par jour \$150 par jour 1 jour par an		
Anesthésie	S/O			30 % de la prestation chirurgicale		
Admission à l'hôpital	S/O			Somme forfaitaire de 500 \$ par accouchement		
Indemnité journalière à l'hôpital Unité de soins intensifs Toxicomanie Maladie mentale Soins infirmiers spécialisés (hospitalisation)	S/O			500 \$ par ; 500 jours maximum à vie \$1 000 par jour ; 30 jours par an \$250 par jour ; 30 jours par an \$250 par jour ; 30 jours par an \$250 par jour ; 60 jours par séjour		
*Réseau PHCS	Médecin et hôpital			Médecin et hôpital		
*Teladoc Virtual Primary Care (soins primaires virtuels)	Accès gratuit à des médecins par téléphone ou en ligne			Accès gratuit à des médecins par téléphone ou en ligne		
*Outil d'achat de prix médicaux	Estimer les frais médicaux avant de prendre rendez-vous			Estimer les frais médicaux avant de prendre rendez-vous		
*Frais médicaux en cas d'accident	Indemnité maximale de 5 000 \$ par blessure			Indemnité maximale de 5 000 \$ par blessure		
*Décès et mutilation accidentels	15 000 \$ Employé 7 500 \$ pour le conjoint / 3 000 \$ pour l'enfant			15 000 \$ Employé 7 500 \$ pour le conjoint / 3 000 \$ pour l'enfant		
TAUX DE PRESTATIONS	RÉGIME PRÉFÉRENTIEL MEC ENHANCED			RÉGIME MEC ENHANCED ELITE		
	HEBDOMADAIRE	BIHEBDOMADAIRE	BIMENSUEL	HEBDOMADAIRE	BIHEBDOMADAIRE	BIMENSUEL
Employé uniquement	26,44 \$	52,90 \$	57,29 f\$	37,14 \$	74,23 \$	80,50 \$
Employé + conjoint	41,64 \$	83,29 \$	90,22 \$	68,41 \$	136,84 \$	148,25 \$
Employé+ Enfant(s)	37,40 \$	74,81 \$	81,03 \$	56,66 \$	113,36 \$	122,79 \$
Famille	64,67 \$	129,35 \$	140,12 \$	94,36 \$	188,73 \$	204,47 \$

*Les prestations ne sont pas souscrites par Nationwide Life Insurance Company.

La police MEC Enhanced Elite n'est pas disponible pour les résidents de NM et VT. Les prestations varient pour les résidents du KS et de l'OH. Certaines garanties peuvent être assorties de plafonds. Pour plus de détails, veuillez consulter le certificat du régime.



COUVERTURE MINIMALE ESSENTIELLE (MEC)

Les deux options du MEC Enhanced comprennent la couverture minimale essentielle (MEC). La couverture minimale essentielle (MEC) simplifie les soins préventifs. Vous bénéficiez d'une couverture à 100 % au sein du réseau pour tous les services préventifs requis par l'Affordable Care Act, y compris les examens de routine, les vaccinations, les dépistages, les prescriptions préventives et les vaccins COVID-19. Seuls trois tests COVID-19 en vente libre sont disponibles chaque année.

Vous avez accès au réseau médical à prestations limitées de la PHCS. Ce réseau vous permet d'accéder à 4 500 hôpitaux, 900 000 praticiens et 84 000 établissements auxiliaires.

Tous les prestataires participants sont soumis à un processus d'accréditation complet et approfondi, ce qui vous permet de choisir en toute confiance un prestataire de soins de santé de qualité.

SERVICES COUVERTS

Vaccination contre la grippe

Vaccinations de routine

Dépistage médical

- Pression artérielle
- Cholestérol
- Diabète

Examen annuel de la femme

Examens du nourrisson et de l'enfant en bonne santé

Contraception

- Méthodes approuvées par la FDA, à l'exclusion des médicaments abortifs
- Procédures de stérilisation

Dépistage du cancer

- Colorectal
- Sein

Conseils sur des sujets tels qu'

- Alcoolisme et toxicomanie
- Dépression
- Alimentation et obésité
- Violence domestique
- Maladies sexuellement transmissibles
- Arrêt du tabac

EXEMPLE

Vous allez chez le médecin pour un examen médical annuel. Ce type de service comprend souvent le coût de la visite au cabinet et d'un examen en laboratoire.



EN RÉSEAU

\$160

Coût visite au cabinet

+

\$170

Coût laboratoire approuvé par l'ACA

=

\$330

Examen
Total facturé

Votre coût \$0



HORS RÉSEAU

\$160

Coût visite au cabinet

+

\$170

Coût laboratoire approuvé par l'ACA

=

\$330

Examen
Total facturé

Votre coût \$330

CARACTÉRISTIQUES SUPPLÉMENTAIRES DU RÉGIME

RÉSEAU DE RÉGIME À PRESTATIONS LIMITÉES PHCS



Tous les régimes donnent accès à un réseau PPO qui permet aux personnes couvertes de bénéficier des tarifs négociés par le réseau.

TROUVER UN FOURNISSEUR DE RÉSEAU

- Réseau de régime à prestations limitées : www.Multiplan.com/awp
- Appeler : (888) 371-7427

SOINS PRIMAIRES VIRTUELS TELADOC



Avec Primary360 de Teladoc, vous aurez accès à des services de soins primaires, de médecine générale et de santé comportementale. Des soins de qualité et pratiques pour vous aider à rester en bonne santé.

- **Soins primaires** : Visite d'un nouveau patient 165 \$; Visites de suivi 99
- **Médecine générale** : 0 \$ par consultation
- **Bien-être annuel** : 165 \$ par visite
- **Psychiatrie** : Visite d'un nouveau patient 235 \$; Visites de suivi 105
- **Thérapeute** : 95 \$ par visite

Note : Une responsabilité supplémentaire de l'adhérent peut s'appliquer, en fonction de la conception de la prestation médicale sous-jacente.

OUTIL DE RECHERCHE DES PRIX MÉDICAUX : HEALTHCARE BLUEBOOK



Vous avez besoin de soins médicaux pour un service non préventif ? Vous pouvez toujours obtenir une réduction sur ces services en vous adressant à un prestataire conventionné. Utilisez cet outil de recherche de prix médicaux pour acheter des actes médicaux auprès des prestataires de votre région afin de trouver le meilleur prix et d'obtenir une estimation du coût restant à votre charge.

Il est facile de trouver des économies en effectuant une simple recherche avant de prendre rendez-vous. Accédez à l'outil de recherche de prix médicaux sur votre portail membre à l'[adresse](#) www.TheAmericanWorker.com ou appelez-le (800) 517-4785.

L'outil de recherche de prix médicaux ne garantit pas que les estimations de coûts correspondront au prix qui vous sera facturé ou que vous paierez pour les services.

CRUM & FORSTER ACCIDENT MÉDICAL ET DÉCÈS ET MUTILATION ACCIDENTELS



Des accidents imprévus peuvent survenir et vous laisser, vous ou vos proches, avec des dépenses imprévues. Les garanties Accident Médical et Décès et Mutilation Accidentels prévoient le versement d'une somme d'argent à vous ou à vos proches afin d'alléger le fardeau financier qui pèse sur vous après une crise liée à un accident. Cette garantie est souscrite par Crum & Forster et administrée par NAHGA.

- **Frais médicaux en cas d'accident** : indemnité maximale de \$5 000 par blessure
- **Décès et mutilation accidentels** : 15 000 \$ pour l'employé / \$7 500 pour le conjoint / 3 000 \$ pour les enfants

SOINS DENTAIRE

Gardez un sourire éclatant et sain et contribuez à votre bien-être général grâce à une couverture dentaire abordable. Des soins dentaires réguliers sont importants, c'est pourquoi il est essentiel d'avoir une assurance dentaire qui couvre les visites de routine et offre des réductions au sein du réseau. **Vous ne recevrez pas de carte d'identité pour cette prestation, votre numéro de sécurité sociale sera utilisé pour l'identification.**

Ce régime est souscrit par Ameritas.

PRESTATIONS DU RÉGIME DE SOINS DENTAIRES			
RÉGIME MAXIMUMS			
Maximum par année civile	Jusqu'à 1 000 \$ par membre couvert		
Franchise	20 \$ par visite		
PRESTATIONS COUVERTES	PÉRIODE D'ATTENTE	COINSURANCE	
Prévention et diagnostic Examens de routine, nettoyages, radiographies, etc.	Aucun	Prise en charge à 100 % (MAC/MAB)*	
Traitement de base Amalgames et composites de restauration Endodontie, parodontie, extractions, etc.	3 mois	Prise en charge à 60 % (MAC/MAB)*	
Traitement majeur Onlays, couronnes, prosthodontie, etc.	12 mois	Prise en charge à 50 % (MAC/MAB)*	
TAUX DE PRESTATIONS	HEBDOMADAIRE	BIHEBDOMADAIRE	BIMENSUEL
Employé	6,36 \$	12,72 \$	13,78 \$
Employé+ Conjoint	15,87 \$	31,74 \$	34,38 \$
Employé+ Enfant(s)	10,96 \$	21,92 \$	23,75 \$
Famille	16,64 \$	33,28 \$	36,06 \$

*Le montant maximum autorisé (MAC) est le montant maximum qu'un fournisseur du réseau peut facturer. Si vous choisissez Si vous consultez un dentiste du réseau, vos frais seront peut-être moins élevés. Afin de maintenir les tarifs à un niveau bas, si vous consultez un dentiste hors réseau, la prestation est considérée comme étant la prestation maximale autorisée (MAB), qui est égale au tarif contractuel le plus bas dans votre code postal. Toute différence entre la prestation du régime et les honoraires du dentiste sera une dépense à votre charge.

LOCALISER LES FOURNISSEURS DU RÉSEAU

Appeler le (800) 659-2223

- Sélectionner l'option 3

Visitez le [site www.Ameritas.com](http://www.Ameritas.com)

- Votre réseau est le réseau "CLASSIC PPO".



SOINS OPTIQUES

Un examen régulier de la vue ne vous aidera pas seulement à mieux voir, mais aussi à détecter les premiers signes de problèmes de santé graves. Rendez-vous chez un fournisseur VSP Choice pour tirer le meilleur parti de votre régime d'assurance ophtalmologique. **Vous ne recevrez pas de carte d'identité pour cette prestation, votre numéro de sécurité sociale sera utilisé pour l'identification.**

Ce régime est souscrit par Ameritas.

PRESTATIONS DU RÉGIME DE SOINS OPTIQUES			
RÉGIMES MAXIMUM			
Franchise	10 \$ pour l'examen, 25 \$ pour les verres de lunettes ou les montures¹		
PRESTATIONS COUVERTES	VSP CHOICE NETWORK	HORS RÉSEAU	
Examen annuel des yeux	Couvert en totalité	Jusqu'à 45 \$	
Lentilles (par paire) Simple vision / Bifocal Trifocal / Lenticulaire	Couvert en totalité Couvert en totalité	Jusqu'à 30 \$ / Jusqu'à 50 \$ Jusqu'à 65 \$ / Jusqu'à 100 \$	
Contacts Examens d'aptitude et de suivi au choix Médicalement nécessaire	\$60 de participation aux frais Jusqu'à 105 \$ Couvert en totalité	Aucune prestation Jusqu'à 105 \$ Jusqu'à 210 \$	
Cadres	Jusqu'à 105 \$²	Jusqu'à 70 \$	
Fréquence Examen / Lentilles / Montures	Basé sur la date de service 12 mois / 12 mois / 24 mois		
TAUX DE PRESTATIONS	HEBDOMADAIRE	BIHEBDOMADAIRE	BIMENSUEL
Employé	2,12 \$	4,24 \$	4,60 \$
Employé+ Conjoint	4,19 \$	8,38 \$	9,09 \$
Employé+ Enfant(s)	3,91 \$	7,82 \$	8,47 \$
Famille	5,98 \$	11,96 \$	12,96 \$

¹ La franchise s'applique à une paire complète de lunettes ou à une monture, selon le choix effectué.

² Le régime d'avantages sociaux de Costco sera l'équivalent du prix de gros.



LOCALISER LES FOURNISSEURS DU RÉSEAU

Appeler le **(800) 877-7195**

Visitez le **site www.Ameritas.com**

- Votre réseau est "VISION : VSP".

ASSURANCE INVALIDITÉ DE COURTE DURÉE ET ASSURANCE VIE/DMA

INVALIDITÉ DE COURTE DURÉE

La vie quotidienne dépend d'un revenu régulier, mais les accidents et les maladies graves peuvent vous empêcher de travailler. Ce régime peut vous aider à couvrir vos dépenses en vous versant de l'argent si vous tombez malade ou êtes blessé et ne pouvez pas travailler.

INVALIDITÉ DE COURTE DURÉE			
Indemnité hebdomadaire maximale	Le régime paie 150 \$ en une seule fois		
Période maximale d'indemnisation	26 semaines		
Période d'attente	7 jours (accidents et maladies)		
TAUX DE PRESTATIONS	HEBDOMADAIRE	BIHEBDOMADAIRE	BIMENSUEL
Uniquement pour les employés	3,50 \$	7,00 \$	7,59 \$

La couverture comprend l'invalidité due à la grossesse et à l'accouchement.

Cette couverture n'est pas disponible pour les résidents de CA, HI, NJ, NM, NY, RI et VT.

Les résidents de CA, HI, NJ, NY, VT bénéficient d'une assurance invalidité financée par l'État.



DÉCÈS ET MUTILATION ACCIDENTELS ASSURANCE-VIE FACULTATIVE ET ASSURANCE-VIE POUR LES PERSONNES À CHARGE

Ce régime peut contribuer à protéger l'avenir financier des personnes qui dépendent le plus de vous. L'assurance vie facultative verse un montant prédéterminé au décès de la personne assurée.

Vous pouvez choisir l'assurance vie des personnes à charge pour fournir une assurance vie aux personnes à charge admissibles. Veuillez noter que la garantie d'assurance vie des personnes à charge ne peut être choisie qu'en conjonction avec la garantie d'assurance vie de l'employé. L'assurance vie des personnes à charge ne peut excéder le montant de l'assurance vie facultative que vous choisissez. Désignez vos bénéficiaires soit sur votre formulaire d'adhésion, soit via votre portail de membre American Worker.

ASSURANCE VIE/DMA			
Employé	Paie \$10,000		
ASSURANCE VIE POUR LES PERSONNES À CHARGE			
Conjoint	Paie \$5,000		
Enfant (6 mois à 26 ans)	Paie \$2,500		
Nourrisson (de 10 jours à 6 mois)	Paie \$400		
TAUX DE PRESTATIONS	HEBDOMADAIRE	BIHEBDOMADAIRE	BIMENSUEL
Employé uniquement	0,60 \$	1,20 \$	1,30 \$
Employé + conjoint	0,90 \$	1,80 \$	1,90 \$
Employé + Enfant(s)	0,90 \$	1,80 \$	1,90 \$
Famille	1,80 \$	3,60 \$	3,90 \$

L'assurance vie/DMA n'est pas disponible pour les résidents de NM et VT.



PAIEMENT DES PRESTATIONS

COMMENT PAYER LA COUVERTURE ?

Votre prime sera déduite de votre salaire.

QUE SE PASSE-T-IL SI JE N'AI PAS DE RETENUE SALARIALE ?

Vos prestations seront suspendues. Elles reprendront lorsque vous aurez un chèque de paie comportant retenue.

QUE SE PASSE-T-IL SI JE DÉPOSE UNE DEMANDE ALORS QUE MES PRESTATIONS SONT SUSPENDUES ?

Votre demande sera refusée et vous devrez payer 100 % du coût des soins que vous avez reçus. Si vous êtes dans les 30 jours de la déduction manquée, vous pouvez payer The American Worker directement pour cette période manquée. Votre demande sera automatiquement traitée à nouveau.

COMMENT PUIS-JE CONSERVER MA COUVERTURE SI J'OUBLIE UNE DÉDUCTION ?

Vous pouvez effectuer un paiement directement à The American Worker pour éviter que votre couverture ne soit suspendue.

COMMENT EFFECTUER UN PAIEMENT SI J'AI OUBLIÉ UN PRÉLÈVEMENT ?

Vous pouvez payer en ligne, par téléphone ou par courrier. Les options de paiement comprennent les cartes de crédit ou de débit, les chèques personnels et les mandats. Vous pouvez également mettre en place un paiement automatique à partir de votre carte de crédit ou de votre compte bancaire pour payer les retenues manquées.

En ligne : Visitez le [site www.TheAmericanWorker.com](http://www.TheAmericanWorker.com) et connectez-vous au portail de vos employés

Téléphone : Appelez The American Worker au **(800) 517-4785**

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

REMARQUE : si vous avez mis en place des paiements automatiques, vous devez contacter The American Worker pour annuler le paiement automatique lorsque votre emploi prend fin. Si vous ne le faites pas, votre compte sera débité pour la couverture et vous ne recevrez pas de remboursement.

COMBIEN DE TEMPS AI-JE POUR EFFECTUER PAIEMENT POUR UNE RETENUE MANQUÉE ?

Vous disposez d'un délai de 30 jours à compter de la date de votre chèque de paie sans retenue pour effectuer le paiement de la prime. Si vous ne payez pas la retenue manquée dans les 30 jours, vous ne pourrez pas payer pour cette période de couverture à une date ultérieure.

MA COUVERTURE SERA-T-ELLE RÉSILIÉE SI JE NE PAIE PAS MA PRIME ?

Les employés payés à la semaine et qui n'ont pas de retenue pendant 4 semaines consécutives verront leur couverture résiliée pour défaut de paiement.

Les employés payés à la quinzaine ou au semestre qui n'ont pas été retenus pendant deux périodes de paie consécutives seront licenciés pour non-paiement.

Les employés mensuels qui ont une période manquée seront licenciés pour non-paiement.

Veillez vérifier sur votre bulletin de salaire que votre prime est bien déduite. Si ce n'est pas le cas, contactez immédiatement The American Worker pour effectuer un paiement et éviter que votre couverture ne soit résiliée.

FAQS & CONTACTS

VAIS-JE RECEVOIR UNE CARTE D'IDENTITÉ ?

Lorsque vous vous inscrivez pour la première fois à une couverture médicale, une carte d'identité et les informations relatives à la police d'assurance vous seront envoyées à l'adresse de votre domicile que nous avons dans nos dossiers. Si vous modifiez votre couverture médicale, une nouvelle carte d'identité vous sera envoyée à votre adresse. Vous pouvez demander une nouvelle carte d'identité en contactant les services aux membres ou accéder à une carte d'identité temporaire en vous connectant sur www.TheAmericanWorker.com.

Pour toute couverture non médicale que vous choisissez, les informations relatives à la police seront envoyées par courrier à votre adresse personnelle. Vous ne recevrez pas de carte d'identité pour la couverture non médicale.

COMMENT UTILISER MA COUVERTURE ?

Lorsque vous recevez des soins médicaux, vous devez toujours demander à votre prestataire s'il fait partie du réseau associé à votre régime. Présentez votre carte d'identité médicale à votre prestataire et demandez-lui d'appeler le numéro du service clientèle pour vérifier la couverture. Veillez à trouver un prestataire membre du réseau avant de vous faire soigner.

Lorsque vous prenez un rendez-vous chez le dentiste ou le spécialiste de la vue, indiquez à votre prestataire que vous bénéficiez des prestations d'Ameritas et qu'il peut vérifier votre couverture à l'aide de votre numéro de sécurité sociale.

CONTACTS

BÉNÉFICE	CONTACT	SITE WEB	NUMÉRO DE TÉLÉPHONE
Médical	The American Worker	www.TheAmericanWorker.com	(800) 517-4785
Soins médicaux en cas d'accident et DMA (inclus dans les régimes MEC Enhanced)	Crum & Forster administré par NAHGA	www.NCSR@nahgaclaims.com	(800) 952-4320
Télémédecine	Teladoc	www.Teladoc.com	(800) 835-2362
Invalidité de courte durée	Administré au niveau national par The American Worker	www.TheAmericanWorker.com	(800) 517-4785
Assurance-vie facultative/DMA et assurance-vie pour les personnes à charge	Administré au niveau national par The American Worker	www.TheAmericanWorker.com	(800) 517-4785
Réseau PPO MEC Enhanced	Réseau du Régime à Prestations Limitées PHCS	www.multiplan.com/awp	(888) 371-7427
Soins dentaires	Ameritas	www.Ameritas.com	(800) 659-2223
Soins optique	Ameritas	www.Ameritas.com	(800) 877-7195

INTRODUCTION

Le droit au maintien de la couverture COBRA a été créé par une loi fédérale, la Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act de 1985 (COBRA). Vous pouvez bénéficier de la couverture COBRA lorsque vous perdriez votre couverture santé collective. Les autres membres de votre famille couverts par le régime peuvent également en bénéficier lorsqu'ils perdent leur couverture médicale collective. Pour de plus amples informations sur vos droits et obligations au titre du régime et de la législation fédérale, nous vous invitons à consulter la description sommaire du régime, qui vous sera envoyée par courrier après votre adhésion au régime.

QU'EST-CE QUE LA COUVERTURE DE CONTINUATION COBRA ?

La couverture COBRA est un maintien de la couverture du régime lorsque la couverture prendrait fin en raison d'un événement de la vie connu sous le nom d'"événement admissible". Les événements qualifiants spécifiques sont énumérés ci-dessous. Après un événement qualifiant, la couverture COBRA doit être offerte à chaque personne qui est un "bénéficiaire qualifié". Vous, votre conjoint et vos enfants à charge pouvez devenir des bénéficiaires qualifiés si la couverture du régime est perdue en raison d'un événement qualifié. En vertu du régime, les bénéficiaires qualifiés qui choisissent la couverture COBRA doivent payer pour la couverture COBRA.

Si vous êtes un salarié, vous deviendrez un bénéficiaire admissible si vous perdez votre couverture au titre du régime en raison de l'un des événements admissibles suivants :

- Vos heures de travail sont réduites
- Votre emploi prend fin pour une raison autre qu'une faute grave.

Si vous êtes le conjoint ou le partenaire domestique d'un employé, vous deviendrez un bénéficiaire qualifié si vous perdez votre couverture au titre du régime en raison de l'un des événements admissibles suivants :

- Votre conjoint ou partenaire domestique décède
- Les heures de travail de votre conjoint ou partenaire domestique sont réduites.
- L'emploi de votre conjoint ou partenaire domestique prend fin pour une raison autre que sa faute grave.
- Votre conjoint ou partenaire domestique a droit à des prestations Medicare (au titre de la partie A, de la partie B ou des deux).
- Vous divorcez ou vous vous séparez légalement de votre conjoint ou partenaire domestique.

Vos enfants à charge deviendront des bénéficiaires admissibles s'ils perdent la couverture du régime à la suite de l'un des événements admissibles suivants :

- Le parent/salarié décède
- Les heures de travail du parent/employé sont réduites
- L'emploi du parent/employé prend fin pour une raison autre que sa faute grave.
- Le parent/employé a droit aux prestations de Medicare (partie A, partie B ou les deux).
- Les parents divorcent ou se séparent légalement
- L'enfant cesse d'être éligible à la couverture du régime en tant qu'"enfant à charge"

QUAND LA COUVERTURE COBRA EST-ELLE DISPONIBLE ?

Le régime n'offrira une couverture COBRA aux bénéficiaires admissibles qu'après que l'administrateur du régime a été informé de la survenance d'un événement ouvrant droit à une couverture COBRA.

L'employeur doit informer l'administrateur du régime si l'un des événements suivants se produit : la fin de l'emploi, une réduction des heures de travail, le décès de l'employé, l'ouverture d'une procédure de faillite à l'égard de l'employeur ou le fait que l'employé ait droit aux prestations de Medicare (au titre de la partie A, de la partie B, ou des deux).



CLAUDE DE NON-RESPONSABILITÉ

Reportez-vous à la police d'assurance officielle et aux documents du régime pour obtenir des informations plus détaillées sur vos régimes de prestations. En cas de conflit entre ce guide et les documents officiels du régime, les documents du régime, la police et le certificat de couverture prévaudront.

Nationwide : Les résidents du Nouveau-Mexique et du Vermont ne sont éligibles à aucun des programmes de prestations offerts par The American Worker.

Nationwide et Nationwide N et Eagle sont des marques de service de Nationwide Mutual Insurance Company.

La couverture est souscrite par Nationwide Life Insurance Company, Columbus, Ohio (CA COA #7032). Le régime à prestations limitées s'applique au formulaire de police SRCP 2000 ou à l'équivalent dans l'État. Le régime PRAM RX est applicable aux polices GPD AO L20 et n'est pas disponible dans tous les états. Ce produit ne couvre que les prescriptions, il ne couvre pas l'assurance hospitalière de base, l'assurance médicale de base ou l'assurance médicale majeure telle que définie par la loi de l'État de New York.

Département des services financiers. NSM-0301AO (06/23). Les couvertures sont distribuées par Fringe Benefit Group. Nationwide et Fringe Benefit Group sont des sociétés distinctes et non affiliées.

Couverture minimale essentielle (MEC) et MEC Enhanced : Ces régimes offrent aux participants au régime une couverture minimale essentielle en vertu des règles de l'impôt fédéral sur le revenu. Les personnes qui ne souscrivent pas à ces régimes peuvent bénéficier d'un crédit d'impôt fédéral qui réduit leur prime mensuelle ou d'une réduction de certaines participations aux coûts si elles souscrivent à un régime d'assurance maladie par l'intermédiaire d'une bourse d'échange fédérale ou d'État. Les personnes qui s'inscrivent à ces régimes ne peuvent pas bénéficier d'un crédit d'impôt fédéral par le biais d'un échange fédéral ou d'un échange d'État tant qu'elles sont inscrites à ces régimes. Ces régimes ne fournissent pas une assurance maladie complète. Des limitations et des exclusions s'appliquent.

Prestations limitées : Ce programme n'est ni conçu ni recommandé pour remplacer tout programme d'assurance complet auquel vous participez actuellement ou avez l'intention de participer. Ce régime n'est pas conçu pour remplacer ou fournir une couverture médicale majeure ou catastrophique. La présente brochure n'est qu'un résumé. Les prestations d'assurance du régime à prestations limitées sont offertes par Nationwide Life Insurance Company. Des informations supplémentaires seront fournies lors de l'adhésion au programme. Les exclusions et les limitations du régime s'appliquent. **Les résidents du Massachusetts** peuvent bénéficier du régime à prestations limitées, mais ce régime n'est PAS conforme aux normes de couverture minimale. **Le Régime à prestations limitées (a) ne se substitue pas à la couverture santé minimale essentielle en vertu de l'Affordable Care Act (ACA) ; et (b) n'est pas considéré comme une couverture minimale essentielle en vertu de l'ACA.**

Section 125 Disclaimer : En vous inscrivant, vous choisissez de participer au régime American Worker pour les avantages disponibles en vertu de l'Internal Revenue Code Section 79, 105 106 125, et ces sections telles qu'amendées. Vous comprenez que le régime sera automatiquement converti en statut avant impôt et en déductions salariales éligibles qui sont fournies par le biais du régime. Vous comprenez qu'en participant à ce régime, vos prestations de sécurité sociale peuvent être réduites puisque ces primes seront déduites avant que votre salaire ne soit imposé. Ce choix restera en vigueur pendant toute l'année du régime. Votre choix NE PEUT PAS être modifié au cours de l'année du régime conformément aux directives de l'Internal Revenue Service, à moins qu'un événement admissible ne se produise. Les événements admissibles sont les suivants : mariage, divorce, séparation légale, décès du conjoint, naissance ou adoption légale d'un enfant, décès d'un enfant, ou changement d'emploi du conjoint ayant une incidence sur la couverture d'assurance. En vous inscrivant, vous acceptez les conditions détaillées ci-dessous.

Frais médicaux en cas d'accident : Il s'agit d'un bref résumé de la couverture des accidents disponible dans le cadre de ce régime. La police émise contient l'ensemble des limitations, exclusions, définitions et dispositions du régime. Les caractéristiques et la disponibilité du régime peuvent varier d'un État à l'autre. Tous les détails de la couverture sont contenus dans la police conservée par le titulaire de la police. En cas de conflit entre le contenu de ce résumé et la police correspondante, les termes de la police prévaudront dans tous les cas.

Teladoc : © Teladoc Health, Inc. Tous droits réservés. Teladoc et le logo Teladoc sont des marques déposées de Teladoc Health, Inc. et ne peuvent être utilisés sans autorisation écrite. Teladoc ne remplace pas le médecin traitant. Teladoc ne garantit pas la délivrance d'une ordonnance. Teladoc est soumis à la réglementation de l'État et peut ne pas être disponible dans certains États. Teladoc ne prescrit pas de substances contrôlées par la DEA, de médicaments non thérapeutiques et de certains autres médicaments qui peuvent être nocifs en raison de leur potentiel d'abus. Les médecins de HealthiestYou se réservent le droit de refuser des soins en cas d'utilisation abusive des services.

CLAUDE DE NON-RESPONSABILITÉ

Clause de non-responsabilité d'Ameritas

Les régimes ne sont pas disponibles dans le Massachusetts, au Nouveau Mexique ou pour les groupes de moins de 50 employés éligibles dans l'État de Washington. La conception des régimes peut varier dans certains États et est soumise à la réglementation de chaque État. Cette pièce n'est pas destinée à être utilisée au Nouveau-Mexique. Tous les régimes sont souscrits par Ameritas Life Insurance Corp. (Ameritas Life) ou Ameritas Life Insurance of New York (Ameritas Life of New York). Les dates individuelles pour les produits dentaires et de vision (9000 Rev. 03-16 ou 9000 NY Rev.03-15) peuvent varier d'un état à l'autre. Ameritas et le motif du bison sont des marques de service ou des marques de service déposées d'Ameritas Life, de la société affiliée Ameritas Holding Company ou d'Ameritas Mutual Holding Company.

Limitations et exclusions :

Soins dentaires

- Pour tout traitement des fins esthétiques, à l'exception des traitements spécifiquement énumérés dans le tableau des actes dentaires.
- Pour remplacer tout appareil prothétique, couronne, restauration par incrustation ou onlay, ou prothèse partielle fixe dans les huit ans suivant la date de la dernière mise en place de ces éléments. Toutefois, si le remplacement est nécessaire en raison d'une lésion corporelle accidentelle subie pendant que l'affilié est couvert par la garantie des frais dentaires, il s'agit d'une dépense couverte.
- Pour la pose initiale d'une prothèse dentaire ou d'une couronne prothétique, sauf si cette pose est nécessaire en raison de l'extraction d'une ou de plusieurs dents pendant que l'affilié est couvert par la garantie frais dentaire. L'extraction d'une troisième molaire (dent de sagesse) n'entre pas dans le cadre de ce qui précède. Toute prothèse dentaire ou couronne prothétique doit inclure le remplacement de la ou des dents extraites. Cette limitation n'est pas applicable aux groupes comptant au moins 35 employés couverts à la date d'entrée en vigueur du contrat.
- Pour toute procédure commencée avant que l'affilié ne soit couvert par la garantie frais dentaire.
- Pour remplacer des appareils perdus ou volés.
- Pour des appareils, des restaurations ou des procédures pour :
 - Modifier la dimension verticale ;
 - Restaurer ou maintenir l'occlusion ;
 - Poser une prothèse ou remplacer la structure dentaire perdue à cause de l'abrasion ou de l'attrition.
- Pour tout acte qui ne figure pas dans le tableau des actes dentaires.
- Pour des services qui ne sont pas nécessaires aux soins et traitements requis ou qui ne correspondent pas aux paramètres de soins généralement acceptés.

La liste complète des exclusions et des limitations se trouve dans la section des limitations et le tableau des actes dentaires du certificat de couverture.

Optique

- Les examens de la vue, les lentilles ou les montures à une fréquence supérieure à celle indiquée sur la page de résumé du régime.
- Les examens effectués ou les montures ou lentilles commandées avant que l'adhérent ne soit couvert par les prestations de soins ophtalmologiques.
- Sous réserve de l'extension des prestations, tout examen effectué ou toute monture ou lentille commandée après la couverture de l'adhérent au titre de l'assurance ophtalmologique.
 - Les prestations de frais de soins cessent.
- Les aides oculaires pour les personnes souffrant d'une déficience visuelle ; la formation en orthoptie ou en ophtalmologie ou tout test connexe.
- Les lentilles sans ordonnance.
- Le remplacement ou la réparation de lentilles ou de montures perdues ou cassées, sauf à des intervalles normaux.
- Tout examen de la vue ou port de lunettes correctrices exigé par un employeur comme condition d'emploi.
- Traitement médical ou chirurgical des yeux.
- Lentilles revêtues ; lentilles surdimensionnées (dépassant 71 mm) ; lentilles photo-grises ; bords polis ; revêtement et facettes UV-400, et teintures autres qu'unies.

La liste complète des exclusions et des limitations se trouve dans la section des limitations et le tableau des procédures de soins oculaires du certificat de couverture.

La liste complète des exclusions et des limitations se trouve dans la section des limitations et le tableau des procédures dentaires du certificat de couverture. Les régimes ne sont pas disponibles dans le Massachusetts, au Nouveau Mexique ou pour les groupes de moins de 50 employés éligibles dans l'État de Washington. La conception des régimes peut varier dans certains États et est soumise à la réglementation de chaque État. Pour une liste complète des limitations et exclusions, reportez-vous à votre certificat. Cette pièce ne peut être utilisée au Nouveau-Mexique. Tous les régimes sont souscrits par Ameritas Life Insurance Corp. (Ameritas Life) ou Ameritas Life Insurance of New York (Ameritas Life of New York). Les dates individuelles pour les produits dentaires et de vision (9000 Rev. 03-16 ou 9000 NY Rev.03-15) peuvent varier d'un état à l'autre. Ameritas et le motif du bison sont des marques de service ou des marques de service déposées d'Ameritas Life, de la société affiliée Ameritas Holding Company ou d'Ameritas Mutual Holding Company.



**The American
Worker®**

Provided by Fringe Benefit Group

Guide d'adhésion aux prestations

THEAMERICANWORKER.COM / (800) 517-4785

Copyright© 2025 The American Worker est fourni par Fringe Benefit Group.