



Employnet
WORKFORCE SOLUTIONS

**Guía de
Beneficios
para
Empleados
Temporales
2022-2023**

Este folleto contiene información importante sobre su programa de beneficios para empleados.

Tabla de Contenidos

Employnet se esfuerza por ofrecerle a usted y a su familia un paquete de beneficios integral y valioso. Queremos asegurarnos de que aproveche al máximo nuestros beneficios y es por esto que elaboramos esta Guía de Beneficios.

La inscripción abierta es un breve periodo al año en el que puede hacer cambios a sus beneficios. Esta guía describe todos los beneficios para que pueda identificar cuales son las ofertas más adecuadas para usted y su familia.

Las elecciones que hace durante la inscripción abierta estarán vigentes desde el **1 de agosto de 2022 hasta el 31 de julio de 2023**.

Este folleto es una descripción resumida de sus planes de beneficios. Si se presenta una discrepancia entre estos resúmenes y los documentos legales escritos del plan, regirán los documentos legales del plan.

Elegibilidad para los Beneficios	3
Glosario de Términos	4
Plan Médico HMO	5
Planes Médicos PPO	6
Planes Médicos MEC	7
Telemedicina	8
Dónde Tener Acceso a la Atención	9
Plan Dental DHMO	10
Plan Dental POS	11
Plan de Visión	12
Tarifas Médicas de Anthem	13
Tarifas de MEC, Dentales y de Visión	14
Contactos	15
Avisos Legales	16

Elegibilidad para los Beneficios

¿Quién es Elegible?

Los empleados que trabajan **30 horas** o más a la semana son elegibles para los beneficios el primer día del mes **después de 30 días posteriores a la fecha de contratación**. Usted tiene la oportunidad de agregar a sus dependientes elegibles que incluyen a su cónyuge, compañero doméstico y los hijos dependientes hasta 26 años para determinada cobertura.

¿Cómo Inscribirse?

Durante su periodo de inscripción abierta tendrá la opción de cambiar las elecciones de sus beneficios, agregar/retirar dependientes o de cambiar su plan. Las fechas de nuestra Inscripción Abierta Anual para el 2022 son:

29 de Junio - 8 de Julio de 2022

Terminación de la Cobertura:

Si se termina su cobertura, puede tener derecho a continuar con la cobertura por un periodo de tiempo limitado en virtud de sus derechos en COBRA. Consulte a su empleador para obtener más información.

¿Cómo Hacer Cambios al Plan a Mitad del Año?

Todas las elecciones del plan estarán vigentes durante todo el año del plan, a menos que tenga un cambio en la situación familiar, conocido también como un *Evento Calificado*. *Usted debe solicitar el cambio en un plazo de 30 días posteriores al Evento Calificado*.

Ejemplos de Eventos Calificados:

- Matrimonio/Divorcio/Separación Legal
- Nacimiento o Adopción de un Hijo
- Cambio en su Situación Laboral
- Cambio en los Beneficios del Cónyuge
- Cambio en la Situación de Dependiente del Hijo
- Muerte

Descuentos de Nómina:

Algunos aportes serán antes de impuestos. Las regulaciones del IRS impiden que se realicen cambios en los descuentos de nómina sin que haya tenido un evento calificado.

Mandato Individual de California:

A partir del 1 de enero de 2020, consulte los avisos legales.

Glosario de Términos

**SU PARTE
DE LA
PRIMA**



DEDUCIBLE



**COPAGO Y
COSEGURO**

*(hasta el
máximo del
desembolso)*



**COSTO
TOTAL DEL
EMPLEADO**

HMO vs. PPO

HMO:

Cubre servicios prestados únicamente por proveedores de la red. Debe elegir un médico de atención primaria (médico de cabecera).

PPO:

Cuenta con una red de proveedores, pero también permite que consulte proveedores fuera de la red del plan.

Su Parte de la Prima

El monto que usted paga por su seguro médico cada cheque de pago (después del aporte de su empleador). Este monto se descuenta de su sueldo como un descuento automático y puede ser antes de impuestos.

Deducible

Un monto específico en dólares que usted paga del bolsillo antes de que los beneficios estén disponibles a través de un plan de salud. En algunos planes se omite el deducible para ciertos servicios. Deducibles más altos permiten una prima más baja, pero aumenta el costo en el momento de la atención.

Copago

Una cuota fija que usted paga por el costo de los servicios médicos cubiertos que se paga en el momento de los servicios.

Coseguro

Su parte del costo de un servicio de atención médica cubierto que se calcula como un porcentaje del monto autorizado por el servicio.

Desembolso Máximo

Un límite en sus costos para el año calendario. Una vez que alcanza este máximo, su plan de salud pagará el 100% de sus gastos cubiertos por el resto del año del plan. Las tarifas en exceso son su responsabilidad.

En la Red vs. Fuera de la Red

En la Red: En la red significa que su proveedor ha negociado una tarifa contratada con su compañía de seguro médico. Las compañías de seguro médico preferirían que busque atención con sus proveedores de la red porque les cuesta menos a ellos y a usted. Las redes limitadas pueden reducir los costos, pero limitan el número de proveedores. Fuera de la Red: La atención médica fuera de la red y los pagos del plan están sujetos a un deducible y copagos más altos. Los proveedores fuera de la red cobran más y es posible que usted tenga que pagar más. Las tarifas en exceso son su responsabilidad.

Plan Médico HMO – Solo en California

Beneficios del Plan HMO - El Afiliado Paga: En la Red

Anthem Silver HMO 55

Deducible Médico
Individual/Familiar

Ninguno

Desembolso Máximo

\$8,700/\$17,400

Red

[Búsqueda de Proveedor de Anthem](#)

Búsqueda por red: **'Blue Cross HMO (CACare) - Small Group**

Eventos Médicos Comunes

Cuidado Preventivo

Sin cobro*

**Médico de Atención
Primaria**

\$55 de copago*

Especialista

\$110 de copago*

**Acupuntura (20 consultas
por año calendario)**

\$35 de copago*

**Consulta de Atención
Urgente**

\$55 de copago*

Sala de Emergencias

\$500 de copago*

**Examen Diagnóstico:
Laboratorio/Rayos X**

\$20 de copago*/
\$20 de copago*

Hospitalización

\$650/día, hasta 5 días*

Cirugía Ambulatoria

\$600/consulta*

¿PCP obligatorio?

Sí

Fuera del Área

Medicamentos Recetados

**Deducible para
Medicamentos Recetados**

\$400/\$800

Genérico (1)

\$15 de copago*

De Marca (2)

\$90 de copago

Fuera del Formulario (3)

\$120 de copago

De Especialidad (4)

30% hasta \$250

Se omite el deducible médico o de medicamentos recetados*

Todas las tarifas para los empleados y los dependientes están disponibles en la página 13.

Planes Médicos PPO

Beneficios del Plan PPO - El Afiliado Paga: En la Red

	Anthem Silver PPO 55/1950/35%	Anthem Bronze PPO 4600/50%	Anthem Bronze PPO 40/6200/40%
Deducible Médico Individual/Familiar	\$1,950/\$3,900	\$4,600/\$9,200	\$6,200/\$12,400
Desembolso Máximo	\$8,700/\$17,400	\$8,100/\$16,200	\$8,700/\$17,400
Red	Búsqueda de Proveedor de Anthem Búsqueda por red: Seleccione: 'Select PPO' (Select Network)		
Eventos Médicos Comunes			
Cuidado Preventivo	Sin cobro*	Sin cobro*	Sin cobro*
Médico de Atención Primaria	\$55 de copago*	50%	\$40 de copago
Especialista	\$90 de copago*	50%	\$80 de copago
Acupuntura (20 consultas por año calendario)	50%*	50%	50%*
Consulta de Atención Urgente	\$90 de copago*	50%	40%
Sala de Emergencias	\$350 de copago + 35%	50%	\$250 de copago + 40%
Examen Diagnóstico: Laboratorio/Rayos X	\$20 de copago*/ \$20 de copago*	50%	40%
Hospitalización	35%	50%	40%
Cirugía Ambulatoria	\$200 de copago + 35%	50%	\$200 de copago + 40%
¿PCP obligatorio?	No	No	No
Fuera del Área	Considere el Seguro de Viajes solo en casos de Emergencia		
Medicamentos Recetados			
Deducible para Medicamentos Recetados	\$300/\$600	Ninguno	Ninguno
Genérico (1)	\$15 de copago*	\$20 de copago*	\$20 de copago*
De Marca (2)	\$70 de copago	\$80 de copago	\$80 de copago
Fuera del Formulario (3)	\$110 de copago	\$120 de copago	\$120 de copago
De Especialidad (4)	30% hasta \$250	30% hasta \$400	30% hasta \$400
Se omite el deducible médico o de medicamentos recetados*			

Todas las tarifas para los empleados y los dependientes están disponibles en la página 13.

Planes Médicos MEC

Beneficios del Plan HMO - El Afiliado Paga: En la Red		
	Basic MEC	MEC Plus
Deducible Médico Individual/Familiar	Ninguno	Ninguno
Desembolso Máximo	N/A	\$1,850/\$3,700
Red	Búsqueda de Proveedor de MEC Búsqueda por red: 'PHCS'	
Eventos Médicos Comunes		
Cuidado Preventivo	Sin cobro	Sin cobro*
Médico de Atención Primaria	Sin cobertura	\$15 de copago*
Especialista	Sin cobertura	\$15 de copago*
Consulta de Atención Urgente	Sin cobertura	\$50 de copago*
Sala de Emergencias	Sin cobertura	Sin cobertura
Examen Diagnóstico: Laboratorio/Rayos X	\$0 - preventivo, de otra manera sin cobertura	\$0 -preventivo, de otra manera \$50 de copago*
Hospitalización	Sin cobertura	Sin cobertura
Cirugía Ambulatoria	Sin cobertura	Sin cobertura
Medicamentos Recetados		
Deducible para Medicamentos Recetados	Ninguno	Ninguno
Genérico (1)	\$0 - solo preventivo, de otra manera con descuento	\$0 - solo preventivo, de otra \$15 de copago*
De Marca (2)	Solo descuento	Solo descuento
Fuera del Formulario (3)	Solo descuento	Solo descuento
De Especialidad (4)	Solo descuento	Solo descuento

*El plan Basic MEC cubre todos los servicios preventivos al 100%, incluidos los servicios de telesalud y un programa de descuentos para medicamentos recetados.

**El plan MEC Plus excluye los servicios fuera de la red y cubre solo los servicios médicos mencionados anteriormente.

Todas las tarifas para los empleados y los dependientes están disponibles en la página 14.

Telemedicina

Los servicios de telemedicina y telesalud están surgiendo como soluciones viables para ayudar a disminuir la carga de los centros y del personal de atención médica, sin dejar de brindar la atención que las personas necesitan.

¿Qué es telemedicina?

Telemedicina es una forma de comunicación basada en tecnología que le permite conectarse y comunicarse con un médico sin estar en el mismo espacio físico.



Acceso Remoto

A través de telemedicina los pacientes pueden tener acceso a médicos para consultas de rutina, atención de emergencia o para el diagnóstico de un especialista.



Atención Conveniente

Para algunos pacientes es una gran ventaja la comodidad y la conveniencia de tener una consulta con un médico desde la seguridad de su propio hogar.



Ahorros en Costos

Los pacientes no tienen que pagar gastos de viajes para consultar médicos en lugares lejanos y no deben tomar tiempo libre del trabajo en exceso para viajar y sentarse luego en una sala de espera.

Anthem

Hable con una enfermera asesora o pida una cita para una consulta por vídeo.

24/7

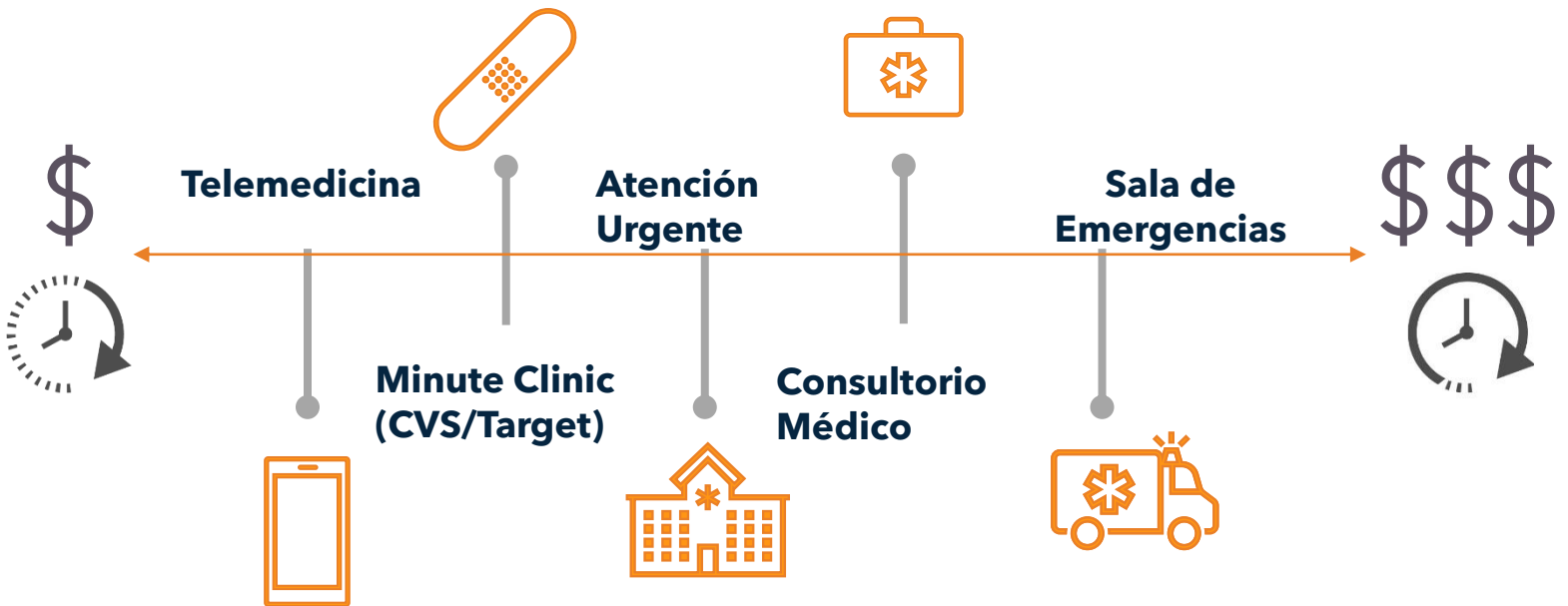
1-888-548-3432

¿De qué forma la telemedicina puede ser de gran beneficio para responder a la pandemia del COVID-19?

La directriz de los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades recomienda que llame a su médico o al centro de atención local antes de ir a una consulta, a menos que se trate de una emergencia médica. A medida que aumenta la demanda de estos servicios de salud, estas instalaciones están desbordadas por la cantidad de llamadas telefónicas y solicitudes de pruebas.

En algunos casos, la telemedicina lo puede poner en contacto con un médico más rápido de lo que podría hacerlo llamando a su proveedor de atención médica o al hospital local. El médico puede evaluar sus síntomas virtualmente y hacer preguntas para saber si le recomendaría que se realice una prueba de detección de COVID-19. El médico también podrá recomendarle opciones de tratamiento.

Dónde Tener Acceso a la Atención



Ahorre Tiempo y Dinero

Escoger el sitio adecuado para recibir la atención no solo garantiza la atención médica inmediata y adecuada sino también le ayuda a reducir gastos innecesarios.

Tipo de Atención	Síntomas y Condiciones Médicas	Aspectos a Considerar
Telemedicina	<ul style="list-style-type: none"> • Dolor de garganta o tos • Dolor al orinar • Fiebre baja • Dolor de oído • Resfriados y gripe • Alergia leve • Sarpullido • Irritación o enrojecimiento de los ojos • Quemaduras, cortes o rasguños leves • Asma leve 	<ul style="list-style-type: none"> • Se puede comunicar en cualquier momento, disponible 24/7
Minute Clinic (CVS/Target)		<ul style="list-style-type: none"> • Horario en la noche y fines de semana • Sin cita previa, atención por orden de llegada
Centro de Atención Urgente		<ul style="list-style-type: none"> • Horario en la noche y fines de semana • Sin cita previa, atención por orden de llegada
Consultorio Médico		<ul style="list-style-type: none"> • Relación permanente y de confianza • L-V
Sala de Emergencias		<ul style="list-style-type: none"> • Disponible 24/7 • Costosa y sobrecargada

Plan Dental DHMO – Solo en California

California Dental Network ADV 150	
Año Calendario	Solo en la Red
Deducible: Individual/Familiar	Ninguno
Beneficios Máximos Anuales	Ninguno
Preventivos	
Examen Preventivo Anual	Sin cobro (1 vez cada 6 meses)
Limpiezas	Sin cobro (1 vez cada 6 meses)
Rayos X	Sin cobro
Básicos	
Reparación de sus dientes Empastes y tratamientos de conducto	\$0-\$250
Mayores	
Elementos Extraños en su Boca Puentes, coronas y dentaduras postizas, implantes	\$150-\$1,500
Ortodoncia- Niños/Adultos	Niño: \$1,775 Adulto: \$1,975
TENGA EN CUENTA LO SIGUIENTE: Los planes DHMO utilizan códigos por cada procedimiento, los costos que se describen en este resumen reflejan un solo procedimiento. Sin embargo, puede tener varios procedimientos cuando accede a la atención. Los costos se pueden reflejar de forma diferente.	
Red	Búsqueda de Proveedor de Principal Búsqueda por red: 'California Dental Network DHMO'

Todas las tarifas para los empleados y los dependientes están disponibles en la página 14.

Plan Dental POS

Principal Plan			
Año Calendario	EPO (Solo en California)	PPO	Fuera de la Red 90% de las UCR
Rembolso			
Deducible: Individual/Familiar	\$50 /\$150	\$50 /\$150	\$50 /\$150
Beneficios Máximos Anuales (Monto que la aseguradora paga por afiliado, a partir de ahí usted es responsable de todos los gastos)	\$1,500 + Transferencia de Beneficios	\$1,500 + Transferencia de Beneficios	\$1,500 + Transferencia de Beneficios
Preventivos			
Examen Preventivo Anual	Sin cobro* (2 al año)	Sin cobro* (2 al año)	Sin cobro (2 al año)
Limpiezas	Sin cobro* (4 limpiezas al año)	Sin cobro* (4 limpiezas al año)	Sin cobro (4 limpiezas al año)
Rayos X	Sin cobro*	Sin cobro*	Sin cobro
Básicos			
Reparación de sus dientes Empastes y tratamientos de conducto	20%	20%	20%
Mayores			
Elementos Extraños en su Boca Puentes, coronas y dentaduras postizas, implantes	50%	50%	50%
Ortodoncia- Solo para Niños Máximo de por vida para el afiliado	50% \$1,000	50% \$1,000	50% \$1,000
Transferencia de Beneficios Permite trasladar una parte del máximo no utilizado y aumentar el monto disponible el siguiente año. Para ser elegible usted debe: (1) haberse realizado un servicio dental durante el año calendario y (2) haber utilizado menos de \$750 . Si se cumplen estos requisitos, automáticamente se trasladan \$375 y se agregan al máximo del siguiente año.			
Red	Búsqueda de Proveedor de Principal Búsqueda por red: 'Principal POS Plan'		
Se omite el deducible*			

Todas las tarifas para los empleados y los dependientes están disponibles en la página 14.

Plan de Visión

Principal Vision VSP		
Año Calendario	El afiliado paga: En la Red	Reembolso: Fuera de la Red
Exámenes	\$10 de copago	Hasta \$45
Imágenes de la retina	Principal paga \$39 para imágenes de retina	Sin cobertura
Frecuencia	Cada 12 meses	Cada 12 meses
Hardware		
Marcos	\$130 de subsidio	Hasta \$70
Frecuencia	Cada 12 meses	Cada 12 meses
Lentes	\$25 de copago	Hasta \$65
Frecuencia	Cada 12 meses	Cada 12 meses
Mejoras cubiertas después de los copagos o descuentos. Tinte -Gradientes - Protección UV - Policarbonato - Anti reflectivo - Fotocromático - Progresivo		
Lentes de Contacto: Necesarios Médicamente (en vez de gafas)	\$25 de copago	\$210 de subsidio
Lentes de Contacto: Cosméticos (en vez de gafas)	Hasta \$60 de copago, \$130 de subsidio	\$105 de subsidio
Frecuencia	Cada 12 meses	Cada 12 meses
Red	Búsqueda de Proveedor VSP Búsqueda por Red: 'Choice'	
Descuentos Disponibles con VSP Direct	Navegue a través de una amplia selección de marcos mientras utiliza la función de prueba virtual. Sus beneficios se aplicarán directamente a su compra con envíos y devoluciones gratis. www.eyeconic.com	

Todas las tarifas para los empleados y los dependientes están disponibles en la página 14.

2022 Anthem Medical Weekly Rates by Age

Age	Silver HMO 55	Silver PPO 1950	Bronze PPO 4600	Bronze PPO 6200
0-14	\$71.65	\$77.91	\$70.73	\$68.00
15	\$78.02	\$84.84	\$77.02	\$74.05
16	\$80.46	\$87.48	\$79.42	\$76.36
17	\$82.89	\$90.13	\$81.83	\$78.67
18	\$85.51	\$92.98	\$84.42	\$81.16
19	\$88.14	\$95.84	\$87.00	\$83.65
20	\$90.85	\$98.79	\$89.69	\$86.22
21	\$93.66	\$101.85	\$92.46	\$88.89
22	\$93.66	\$101.85	\$92.46	\$88.89
23	\$93.66	\$101.85	\$92.46	\$88.89
24	\$93.66	\$101.85	\$92.46	\$88.89
25	\$94.04	\$102.25	\$92.83	\$89.25
26	\$95.91	\$104.29	\$94.68	\$91.02
27	\$98.16	\$106.73	\$96.90	\$93.16
28	\$101.81	\$110.71	\$100.50	\$96.63
29	\$104.81	\$113.97	\$103.46	\$99.47
30	\$106.31	\$115.59	\$104.94	\$100.89
31	\$108.55	\$118.04	\$107.16	\$103.03
32	\$110.80	\$120.48	\$109.38	\$105.16
33	\$112.21	\$122.01	\$110.77	\$106.49
34	\$113.71	\$123.64	\$112.25	\$107.91
35	\$114.45	\$124.46	\$112.99	\$108.63
36	\$115.20	\$125.27	\$113.73	\$109.34
37	\$115.95	\$126.09	\$114.47	\$110.05
38	\$116.70	\$126.90	\$115.20	\$110.76
39	\$118.20	\$128.53	\$116.68	\$112.18
40	\$119.70	\$130.16	\$118.16	\$113.61
41	\$121.95	\$132.60	\$120.38	\$115.74
42	\$124.10	\$134.94	\$122.51	\$117.78
43	\$127.10	\$138.20	\$125.47	\$120.63
44	\$130.85	\$142.28	\$129.17	\$124.18
45	\$135.25	\$147.06	\$133.51	\$128.36
46	\$140.49	\$152.77	\$138.69	\$133.34
47	\$146.39	\$159.18	\$144.51	\$138.94
48	\$153.14	\$166.52	\$151.17	\$145.34
49	\$159.79	\$173.75	\$157.74	\$151.65
50	\$167.28	\$181.90	\$165.13	\$158.76
51	\$174.68	\$189.94	\$172.44	\$165.78
52	\$182.83	\$198.80	\$180.48	\$173.52
53	\$191.07	\$207.76	\$188.62	\$181.34
54	\$199.97	\$217.44	\$197.40	\$189.78
55	\$208.87	\$227.12	\$206.19	\$198.23
56	\$218.51	\$237.60	\$215.71	\$207.39
57	\$228.26	\$248.20	\$225.33	\$216.63
58	\$238.65	\$259.50	\$235.59	\$226.50
59	\$243.80	\$265.10	\$240.67	\$231.39
60	\$254.20	\$276.41	\$250.94	\$241.25
61	\$263.19	\$286.19	\$259.81	\$249.79
62	\$269.09	\$292.60	\$265.64	\$255.39
63	\$276.49	\$300.65	\$272.94	\$262.41
64-99	\$280.99	\$305.54	\$277.38	\$266.68

Rates are based on age of employee and their dependents enrolling.
 Example: Silver HMO 55
 EE Age 39: \$118.20 Spouse Age 38: \$116.70 Child Age 3: \$71.65 - Total Weekly Amount: \$306.55

Tarifas Semanales MEC, Dental y Visión



Costos del empleado por periodo de pago vigentes desde el 1 de agosto de 2022 hasta el 31 de julio de 2023

Plan Médico Basic MEC			
Empleado Solo	Empleado y Cónyuge	Empleado e Hijos	Empleado y Familia
\$9.69	\$19.38	\$19.38	\$29.08
Plan Médico MEC Plus			
Empleado Solo	Empleado y Cónyuge	Empleado e Hijos	Empleado y Familia
\$24.61	\$64.31	\$48.30	\$92.59
Plan Dental DHMO			
Empleado Solo	Empleado y Cónyuge	Empleado e Hijos	Empleado y Familia
\$2.85	\$5.05	\$5.64	\$7.78
Plan Dental POS			
Empleado Solo	Empleado y Cónyuge	Empleado e Hijos	Empleado y Familia
\$10.51	\$20.51	\$25.61	\$37.41
Plan de Visión VSP			
Empleado Solo	Empleado y Cónyuge	Empleado e Hijos	Empleado y Familia
\$2.22	\$3.87	\$3.81	\$5.49

	Nombre	# del Seguro Social	Fecha de Nacimiento	Género	Relación
Empleado					Empleado
Dependiente					
Dependiente					
Dependiente					
Dependiente					

Fecha de contratación:

Dirección:

MÉDICO (escoja uno)

<input type="checkbox"/> Anthem Silver HMO 55 <input type="checkbox"/> Empleado Solo <input type="checkbox"/> Empleado y Cónyuge <input type="checkbox"/> Empleado e Hijos <input type="checkbox"/> Empleado y Familia	Rango por edad Véase la página 13 de la Guía de Beneficios	<input type="checkbox"/> Anthem Bronze Select PPO 6200 <input type="checkbox"/> Empleado Solo <input type="checkbox"/> Empleado y Cónyuge <input type="checkbox"/> Empleado e Hijos <input type="checkbox"/> Empleado y Familia	Rango por edad Véase la página 13 de la Guía de Beneficios
<input type="checkbox"/> Anthem Silver Select PPO 1950 <input type="checkbox"/> Empleado Solo <input type="checkbox"/> Empleado y Cónyuge <input type="checkbox"/> Empleado e Hijos <input type="checkbox"/> Empleado y Familia	Rango por edad Véase la página 13 de la Guía de Beneficios		
<input type="checkbox"/> Anthem Bronze Select PPO 4600 <input type="checkbox"/> Empleado Solo <input type="checkbox"/> Empleado y Cónyuge <input type="checkbox"/> Empleado e Hijos <input type="checkbox"/> Empleado y Familia	Rango por edad Véase la página 13 de la Guía de Beneficios		

DENTAL (escoja uno)

<input type="checkbox"/> Cal Dental (HMO) Solo para empleados de California Tarifas Semanales <input type="checkbox"/> Empleado Solo \$2.85 <input type="checkbox"/> Empleado y Cónyuge \$5.05 <input type="checkbox"/> Empleado e Hijos \$5.64 <input type="checkbox"/> Empleado y Familia \$7.78	<input type="checkbox"/> Principal Financal (POS) Tarifas Semanales <input type="checkbox"/> Empleado Solo \$10.51 <input type="checkbox"/> Empleado y Cónyuge \$20.51 <input type="checkbox"/> Empleado e Hijos \$25.61 <input type="checkbox"/> Empleado y Familia \$37.41
--	--

VISIÓN

<input type="checkbox"/> Principal Financal Tarifas Semanales <input type="checkbox"/> Empleado Solo \$2.22 <input type="checkbox"/> Empleado y Cónyuge \$3.87 <input type="checkbox"/> Empleado e Hijos \$3.81 <input type="checkbox"/> Empleado y Familia \$5.49	
--	--

ARBITRAJE VINCULANTE DE ANTHEM

TODAS LAS DISPUTAS ENTRE USTED Y ANTHEM BLUE CROSS Y/O ANTHEM BLUE CROSS LIFE AND HEALTH INSURANCE COMPANY, QUE INCLUYEN PERO NO SE LIMITAN A DISPUTAS RELACIONADAS CON LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO EN EL PLAN/LA PÓLIZA O CUALQUIER OTRO PROBLEMA RELACIONADO CON EL PLAN/ LA PÓLIZA Y LOS RECLAMOS POR NEGLIGENCIA MÉDICA DEBEN SER RESUELTAS A TRAVÉS DE ARBITRAJE VINCULANTE SI EL MONTO EN DISPUTA EXCEDE EL LÍMITE JURISDICCIONAL DEL TRIBUNAL DE RECLAMOS MENORES Y LA DISPUTA SE PUEDE SOMETER A ARBITRAJE VINCULANTE COMO LO ESTABLECE LA LEY FEDERAL Y ESTATAL VIGENTE, QUE INCLUYE PERO NO SE LIMITA A LA LEY DEL CUIDADO DE LA SALUD A BAJO PRECIO Y DE PROTECCIÓN AL PACIENTE. La Sección 1363.1 del Código de Salud y Seguridad de California y la Sección 10123.19 del Código de Seguros exigen divulgaciones específicas en este sentido, que incluyen las siguientes notificaciones: Se entiende que cualquier disputa con respecto a negligencia médica, es decir en lo que se refiere a si los servicios médicos prestados en virtud de este contrato eran innecesarios o no estaban autorizados, o fueron prestados de manera inadecuada, negligente o incompetente, será determinada mediante sometimiento a arbitraje como lo autoriza y lo establece la ley federal y la ley de California que incluye entre otros a la Ley de la Salud a Bajo y Precio y Protección al Paciente y no mediante una acción judicial ni recurriendo a un proceso judicial salvo como lo estipule la ley de California para la revisión judicial de los procedimientos de arbitraje. Ambas partes de este contrato, al celebrarlo, están renunciando a su derecho constitucional para que cualquier disputa sea resuelta en un tribunal de justicia ante un jurado, y en vez de esto, acepten el uso del arbitraje. USTED Y ANTHEM BLUE CROSS Y /O ANTHEM BLUE CROSS LIFE AND HEALTH INSURANCE COMPANY ACEPTAN REGIRSE POR ESTA DISPOSICIÓN DE ARBITRAJE. USTED RECONOCE QUE PARA TODAS LAS DISPUTAS QUE ESTÁN SUJETAS A ARBITRAJE EN VIRTUD DE LA LEY ESTATAL O FEDERAL RENUNCIA AL DERECHO A UN PROCESO JUDICIAL, AL DERECHO A UN JUICIO SIN JURADO EN VIRTUD DE LA SECCIÓN 17200 DEL CÓDIGO DE NEGOCIOS Y PROFESIONES DE CALIFORNIA Y/O AL DERECHO A REIVINDICAR Y/O A PARTICIPAR EN UNA DEMANDA COLECTIVA. El cumplimiento de esta cláusula de arbitraje, incluida la renuncia a las demandas colectivas, serán determinadas en virtud de la Ley de Arbitraje Federal ("FAA"), incluido el efecto preventivo de la FAA sobre la ley estatal. Al firmar, escribir o digitar su nombre a continuación acepta los términos de este acuerdo y reconoce que su nombre firmado, escrito o digitado es una firma válida y vinculante.

Firma del Empleado

Fecha



Formulario de Inscripción para Empleados 2022

MEC/Dental y Visión

	Nombre	# Seguro Social	Fecha de Nacimiento	Género	Parentesco
Empleado					Empleado
Dependiente					
Dependiente					
Dependiente					
Dependiente					

Fecha de contratación:

Dirección:

MÉDICO (escoja uno)

<input type="checkbox"/> MEC Tarifas Semanales <input type="checkbox"/> Empleado Solo \$9.69 <input type="checkbox"/> Empleado y Cónyuge \$19.38 <input type="checkbox"/> Empleado e Hijos \$19.38 <input type="checkbox"/> Empleado y Familia \$29.08	<input type="checkbox"/> MEC PLUS 15 Tarifas Semanales <input type="checkbox"/> Empleado Solo \$24.61 <input type="checkbox"/> Empleado y Cónyuge \$64.31 <input type="checkbox"/> Empleado e Hijos \$48.30 <input type="checkbox"/> Empleado y Familia \$92.59
---	--

DENTAL (escoja uno)

<input type="checkbox"/> Cal Dental (HMO) Solo para Empleados de California Tarifas semanales <input type="checkbox"/> Empleado Solo \$2.85 <input type="checkbox"/> Empleado y Cónyuge \$5.05 <input type="checkbox"/> Empleado e Hijos \$5.64 <input type="checkbox"/> Empleado y Familia \$7.78	<input type="checkbox"/> Principal Financal (POS) Tarifas Semanales <input type="checkbox"/> Empleado Solo \$10.51 <input type="checkbox"/> Empleado y Cónyuge \$20.51 <input type="checkbox"/> Empleado e Hijos \$25.61 <input type="checkbox"/> Empleado y Familia \$37.41
---	---

VISIÓN

<input type="checkbox"/> Principal Financal Tarifas Semanales <input type="checkbox"/> Empleado Solo \$2.22 <input type="checkbox"/> Empleado y Cónyuge \$3.87 <input type="checkbox"/> Empleado e Hijos \$3.81 <input type="checkbox"/> Empleado y Familia \$5.49	
---	--

Por medio del presente documento reconozco la oferta de cobertura del seguro médico que proporciona Cobertura Esencial Mínima (MEC, por su sigla en inglés) para mí y para mis dependientes elegibles. Si elijo cobertura, autorizo a mi empleador a realizar los descuentos del salario para el pago de mi parte de las primas del seguro. Entiendo que no puedo hacer cambios a las elecciones de mi cobertura sino hasta el próximo periodo de inscripción abierta de mi empleador o debido a un evento calificado

Firma del Empleado

Fecha



Rechazo de Beneficios

Nombre completo del Empleado (Letra Imprenta)

Número del Seguro Social

Si quiere rechazar la cobertura para usted y/o para sus dependientes que son elegibles para inscribirse en nuestros planes grupales médicos y dentales, debe diligenciar este formulario. Antes de rechazar la cobertura, por favor lea el Aviso de Inscripción Tardía que aparece al final de este formulario.

Si está rechazando cobertura en este plan porque usted y/o sus dependientes elegibles tienen cobertura en el plan de beneficios de otro empleador, por favor indíquelo a continuación. Si está rechazando la inscripción para usted o para sus dependientes (incluido su cónyuge) debido a otra cobertura de seguro, es posible que en el futuro usted o sus dependientes se puedan inscribir en este plan, siempre y cuando solicite la inscripción en un plazo de 30 días posteriores a la finalización de su otra cobertura. Además, si tiene un dependiente nuevo como resultado de matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción, podrá inscribirse usted o sus dependientes siempre y cuando solicite la inscripción en un plazo de 30 días posteriores al matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción. Tenga en cuenta las excepciones que aparecen en el Aviso de Inscripción Tardía para que conozca las circunstancias en las que se puede inscribir más tarde en nuestro plan sin que sea considerado como un inscrito tardío.

DECLARACIÓN DE RECHAZO DEL EMPLEADO

Reconozco que me han dado la oportunidad de inscribirme (si corresponde) y de inscribir a mis dependientes elegibles en los planes de beneficios de mi empleador y que he leído el Aviso de Inscripción Tardía. Estoy rechazando la inscripción de las siguientes personas elegibles en los planes de beneficios:

NOMBRE	RELACIÓN	NÚMERO DEL SEGURO SOCIAL
	EMPLEADO	VÉASE ARRIBA

Razón por la cual se rechaza la cobertura de beneficios a través de Employnet (se debe completar):

1 Cobertura en el plan de otro empleador Médico Dental Visión (marque una casilla) y complete:

Nombre del Empleador: _____

Nombre del Plan/Seguro: _____

2 Otra Razón – Explique: _____

Firma del Empleado

Fecha

A Su Servicio



PLAN MÉDICO

Anthem Blue Cross
Grupo #: J68866
800.888.8288

PLAN MÉDICO

MEC/SBMA
Grupo #: 48620001
888.505.7724

PLAN DE VISIÓN

Principal
Grupo #: 1114254
800.843.1371

PLAN DENTAL

Principal
Grupo #: 1114254
800.247.4695

PLAN DENTAL

California Dental
Grupo #: 1036473
877.433.6825

Avisos Legales

La Ley de Seguridad de los Ingresos de Jubilación de los Empleados (ERISA), el Departamento de Trabajo (DOL), el Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS) y el Servicio de Impuestos Internos (IRS) exigen que los administradores del plan y/o los aseguradores proporcionen por escrito a los participantes del plan cierta información relacionada con sus planes de beneficios de salud y bienestar. Para cumplir este requisito, hemos publicado estos avisos en nuestro sitio web:

www.BJAPartners.com/annualnotices

Estos avisos explican sus derechos y obligaciones en relación con los planes de salud y bienestar proporcionados por su compañía. Por favor lea los avisos cuidadosamente y guarde una copia en sus registros. Usted tiene derecho a recibir una copia impresa de este aviso a su solicitud comunicándose con su Departamento de Recursos Humanos. El siguiente es un resumen de los avisos disponibles:

- Avisos de la Reforma a la Salud
 - Resumen de Beneficios y Cobertura (SBC)
 - Aviso de Protección al Paciente
 - Exclusiones a menores de 19 años
 - Cobertura para Dependientes
 - Límite de Por Vida
 - Cuidado Preventivo
 - Servicios de Salud Preventivos para Mujeres

- Avisos de ERISA
- Asistencia a la Prima en Medicaid y el Plan de Seguro Médico para Niños (CHIP)
- Ley de Paridad en la Salud Mental y Equidad frente a la Adicción de 2008 (MHPA/MHPAEA)
- Ley Michelle
- Orden Médica Calificada de Manutención de Menores (QMCSO)
- Ley de Derechos de la Mujer sobre la Salud y el Cáncer de 1998
- Ley de Protección de la Salud de las Madres y de los Recién Nacidos de 1996
- Ley de Licencia Familiar y Médica (FMLA)
- Ley de Tecnología de Información de la Salud (HITECH)
- Ley de No discriminación por Información Genética (GINA)
- Ley Ómnibus de Reconciliación Presupuestaria Consolidada (COBRA)
- Aviso de Medicare Parte D Aviso de Divulgación de Cobertura Acreditable (CMS)

BJA Partners

Cotización sin Compromiso

BJA Partners está totalmente equipado con el conocimiento y la credibilidad para ayudarle también fuera de la oficina.

Contáctenos para tener una consulta sobre seguros sin compromiso.

- Seguro de Propietario /Arrendatario
- Incendio/Inundación/Terremoto
- Automóvil
- Robo
- Planeación Financiera
- Protección en Viaje/Excursión
- Ahorros para la Jubilación/Universidad
- Individual y Medicare