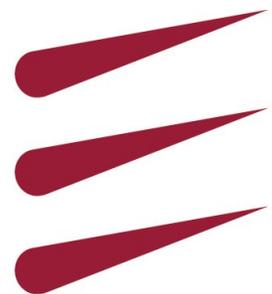


Guía de Beneficios para Empleados

Elite Staffing Inc. Personal Externa

January 1st, 2024



elitestaffing



Seguro Médico | Sistema de beneficios para aliados

Los empleados recién contratados se inscribirán automáticamente en el **plan MEC Preventivo**. Si desea inscribirse en otro plan o renunciar a la cobertura, debe llamar al 866-627-7509

Elección de opciones de planes:	MEC Preventive	MEC Blue	PPO	PPO Platinum
Red	Multiplan	Multiplan	PHCS	PHCS
Deducible Individual (dentro de la red/ fuera de la red) Familiar (dentro de la red/ fuera de la red)	\$0 / No cubierto \$0 / No Cubierto	\$0 / No cubierto \$0 / No cubierto	\$5,000 / \$5,000 \$12,700 / \$12,700	\$2,000 / \$2,000 \$4,000 / \$4,000
Coseguro Dentro de la red / Fuera de la red	100% / No cubierto	100% / No cubierto	80% / 60%	80% / 60%
Máximo pago de bolsillo Individual (dentro de la red/ fuera de la red) Familiar (dentro de la red / fuera de la red)	Ilimitado / No cubierto Ilimitado / No cubierto	Ilimitado / No cubierto Ilimitado / No cubierto	\$6,250 / \$12,500 \$12,700 / \$25,400	\$4,000 / \$12,500 \$8,000 / \$25,400
Servicios médicos (dentro de la red) Adultos sanos / Niños sanos Consultorio médico / Visitas al especialista Rayos X / Diagnósticos de laboratorio	100% No cubierto No cubierto	100% 100% 100%	100% 80 % después del deducible 80 % después del deducible	100% 80 % después del deducible 80 % después del deducible
Sala de emergencias	No cubierto	100%	80 % después del deducible	\$200 copago
Atención de urgencia (dentro de la red)	No	100%	80 % después del deducible	80 % después del deducible
Medicamentos recetados (dentro de la red)	100%	\$5 / \$40 / No cubierto	80 % después del deducible	\$10 / \$35 / \$60

Cómo localizar un proveedor

Su plan ofrece beneficios mejorados para los servicios cubiertos cuando visita proveedores y hospitales and hospitals en la **Red Multiplan** o en la **Red PHCS**, según el plan en el que esté inscrito.

Comience su búsqueda visitando www.multiplan.com para ubicar un proveedor de red cerca de usted.

Paso 1 Visite www.multiplan.com y seleccione la opción **“Find a Provider”** (“encuentre un proveedor”)

Paso 2 Haga clic en **“Select Network”** (“Seleccionar la red”)

Paso 3 Haga clic en la opción **“Multiplan”** y luego seleccione **“Limited Benefit Plan”** (“Plan de beneficios limitados”)



Paso 3 Haga clic en **“PHCS”** y luego seleccione **“I don't see any of these statements”** (“No veo ninguna de estas declaraciones”). Haga clic en **“Front”** (frente) o **“Back”** (atrás) según la ubicación del logotipo en su tarjeta de identificación.

Paso 4

Busque por nombre, especialidad, tipo de establecimiento, número de identificador de proveedor nacional (national provider identifier, NPI) o número de licencia. Ingrese el código postal del área en la cual desea realizar la búsqueda.



Member Portal

Manage your benefits and take control of your healthcare with secure portal access anytime, anywhere, from any device.



View Plan Benefit Information

Plan Information

Below you will find links to various documents that provide valuable information about your healthcare benefits. The documents are provided in PDF format for your convenience.

Current Documents	Previous Documents
SUMMARY OF BENEFITS AND COVERAGE AVAILABLE TO CURRENT	SUMMARY OF BENEFITS AND COVERAGE AVAILABLE TO 01/01/2017
SUMMARY PLAN DESCRIPTION - MEDICAL 01/01/2018 TO CURRENT	SUMMARY PLAN DESCRIPTION - MEDICAL 01/01/2017 TO 12/31/2017
SUMMARY PLAN DESCRIPTION - DENTAL 01/01/2018 TO CURRENT	SUMMARY PLAN DESCRIPTION - DENTAL 01/01/2017 TO 12/31/2017
SUMMARY PLAN DESCRIPTION - FLEX 01/01/2018 TO CURRENT	SUMMARY PLAN DESCRIPTION - FLEX 01/01/2017 TO 12/31/2017



Access Your ID Card

Subscriber ID Card

Your current ID card is provided below for your convenience. It provides important information about your healthcare benefits.

<p>Subscriber ID#</p> <p>Subscriber Name</p> <p>Subscriber ID#</p> <p>Subscriber ID#</p> <p>Subscriber ID#</p>	<p>Medical Plan</p> <p>Medical Plan</p> <p>Medical Plan</p> <p>Medical Plan</p> <p>Medical Plan</p>	<p>Medical Plan</p> <p>Medical Plan</p> <p>Medical Plan</p> <p>Medical Plan</p> <p>Medical Plan</p>
--	---	---

[PRINT A COPY OF YOUR ID CARD](#) [REQUEST A REPLACEMENT ID CARD](#)



Check Deductible & Out of Pocket Spend

Out-of-Pocket Status

SELECT DISPLAY OPTIONS

Health Type: Medical 1 Out of Pocket Period: 1/1/2018-12/31/2018 2018

2018 Medical Out of Pocket (IND \$3425 \$6650 FAM INN)

Category	Amount
Medical	\$1,000
Dental	\$1,000
Other	\$1,000
Total	\$3,000

Family Out of Pocket

Category	Amount
Share to Date Amount	\$1,000
Remaining Amount	\$2,000
Maximum Out of Pocket	\$6,650



Find In-Network Providers

Find a Provider

Use the links below to access provider directories for your health plan.

MEDICAL PRO NETWORK [FIND](#)

Access Your Member Portal From Your Mobile Device

-
-
-
-

Seguro dental





Seguro dental | Ameritas

Organización de proveedores preferidos (PPO)

Estos planes dentales permiten la flexibilidad de seleccionar cualquier dentista dentro o fuera de la red. Al permanecer dentro de la red, el contrato entre su dentista y la compañía de seguros hará que su período de beneficio anual máximo dure más

La cobertura dental se enfoca en procedimientos preventivos y de diagnóstico en un esfuerzo por evitar servicios más costosos asociado con la enfermedad dental y la cirugía. El tipo de servicio o procedimiento recibido determina la cantidad de cobertura para cada visita. Cada tipo de servicio encaja en una clase de servicios según la complejidad y el costo.

Preventiva:

- Limpiezas anuales (2 al año)
- Exámenes anuales (2 al año)
- Rayos X (1 al año)
- Y más

Atención Básica

- Obturaciones
- Extracciones simples
- Endodoncia y Periodoncia no quirúrgica
- Endodoncia y Periodoncia quirúrgica

Servicios Más Importantes

- Conductos radiculares
- Prótesis/puentes/parciales
- Coronas
- Extracciones quirúrgicas
- Y más

Plan Odontológico	Dental Low PPO <i>Dentro de la Red / Fuera de la Red</i>
Red	Ameritas Network
Deducible (Familia no cubierta)	\$50
Atención Preventiva	80%
Atención Básica	50%
Servicios Más Importantes	50%
Beneficio Máximo por Año Calendario	\$1,000 / \$1,000

Seguro de visión





Seguro de visión | VSP

El seguro de la vista ayuda a compensar los costos de los exámenes de la vista de rutina y también ayuda a pagar los anteojos de corrección de la vista, como anteojos y lentes de contacto, que puede recetar un proveedor de atención de la vista.

Al acceder a los proveedores de atención de la vista dentro de la red, puede obtener el beneficio de una verdadera cobertura de seguro de la vista. Eres elegible para un examen de la vista y lentes o lentes de contacto cada 12 meses y marcos cada 24 meses. Los proveedores fuera de la red simplemente le ofrecerán una asignación para sus servicios de la vista. Los proveedores de atención oftalmológica incluyen muchas ópticas independientes y cadenas nacionales.

Costo	Frequency	In-Network	Out-of-Network
Examen	Una vez cada 12 meses	Copago de \$10	Reembolso de hasta \$45
Lentes - Lentes Unifocales - Bifocales - Trifocales - Lenticular	Una vez cada 12 meses*	Copago de \$25	Asignación varía
Lentes de Contacto: por Indicación Medica	Una vez cada 24 meses	Bonificación de \$130; 20% de descuento en el saldo restante	Reembolso de hasta \$70
Lentes de Contactto: por Elección	Una vez cada 12 meses**	Reembolso de hasta \$130	Reembolso de hasta \$105

*Las frecuencias de los beneficios de la vista se basan en la fecha de servicio dentro del año de la póliza

**No puede obtener lentes de contacto y anteojos en el mismo año calendario



Tarifas para el Seguro Médico

Preventative MEC

Contribuciones semanales:	Usted Paga
Solo Empleado	\$11.19
Empleado y Cónyuge	\$14.63
Empleado e Hijo (s)	\$22.85
Familiar	\$31.77

MEC Blue

Contribuciones semanales:	Usted Paga
Solo Empleado	\$19.18
Empleado y Cónyuge	\$79.74
Empleado e Hijo (s)	\$59.56
Familiar	\$120.11

PPO Platinum & PPO Bronze

Consulte Workterra o EOI para obtener más información.



Tarifas para el Seguro Dental

Ameritas Dental

Contribuciones semanales:	Usted Paga
Solo Empleado	\$4.92
Empleado y Cónyuge	\$9.87
Empleado e Hijo (s)	\$8.90
Familiar	\$14.27



Tarifas para el Seguro de Visión

VSP Vision

Contribuciones semanales:	Usted Paga
Solo Empleado	\$1.63
Empleado y Cónyuge	\$2.60
Empleado e Hijo (s)	\$2.66
Familiar	\$4.29



Información

De Contacto





Información del contacto

Medica	
Cubertura	Allied Benefit Systems
Sitio Web	www.alliedbenefit.com
Número de teléfono	800.255.2078
Red	MultiPlan or PHCS
Número de grupo	A16111

Vision	
Cubertura	VSP
Sitio Web	www.vsp.com
Número de teléfono	800.877.7195
Red	VSP Choice
Número de póliza	30023066

Dental	
Cubertura	Ameritas
Sitio Web	www.amertias.com
Número de teléfono	800.487.5553
Red	Ameritis Network
Número de póliza	010-039376

Recursos humanos	
Contacto	Reyna Villasenor
Dirección de correo electrónico	reyna@elitestaffing.com
Número de teléfono	312.334.0113



NOTA: Este resumen de beneficios solo pretende ofrecer un breve resumen de los programas de beneficios para empleados de la Compañía. Los empleados deben revisar el manual del empleado y del plan real de los documentos de la Compañía para los términos exactos de este tipo de programas. En caso de incompatibilidad entre este resumen y los documentos que regulan las prestaciones, los documentos que rigen controlarán. La Compañía se reserva el criterio y derecho de interpretar, aplicar, modificar, suspender o interrumpir única y absoluta, sin previo aviso, cualquier y todos los programas de beneficios mencionados en este documento. Los planes voluntarios son políticas individuales. No se consideran planes patrocinados o respaldados por su empleador. Consulte a un asesor de beneficios para obtener su presupuesto personalizado para cualquier programa de beneficios adicionales.