



American Trailer World

Resumen de Beneficios 2019

ACA

EVITAR LA PENALIZACION DE IMPUESTOS

2018 Penalización Individual Aún En Juego

El IRS continuará aplicando las sanciones tributarias dictadas por la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA). Las personas deben obtener una cobertura calificable a través de su empleador o acudir al intercambio para cumplir el mandato individual.

Reporte Durante Temporada de Declaración de Impuestos

El IRS ha decidido exigir que los individuos reporten cobertura médica para el año fiscal anterior al presentar declaraciones de impuestos con el fin de aceptar y procesar la presentación. El IRS ya no aceptará "declaraciones silenciosas" sin respuesta y los individuos que no proporcionen su información de cobertura o prueba de exención, serán responsables de pagar la multa.

Montos de Penalidad

La penalidad por los años 2017 y 2018 será 2.5% de sus ingresos del hogar totales ajustados, \$695 por adulto y \$347.50 por niño (cualquiera que sea mayor), hasta un máximo de \$2,085.00.

Inscríbase en Cobertura Calificable con ACA

Los planes médicos que se ofrecen a través de su empleador cumplen con los requisitos del ACA y eliminan la penalidad de impuestos individual.

Contactos Importantes

Century Healthcare

Servicio al Cliente y Reclamos de Pago
(877) 685-2432
Lunes a Viernes
7:00 AM – 7:00 PM CST

Portal en la Red para el Miembro

(Acceso a documentos importantes del plan, formas de reclamos de pago y tarjetas temporalis de identificación)

www.centuryhealthcare.com

Usuario: CHC5600

Contraseña: Chc5600#



Red para Beneficios Limitados de PHCS

www.multipplan.com/chc

(888) 371-7427



Beneficios Farmacéuticos

www.cerpasrx.com

Pharmacy Customer Service: (844) 636-7506

Mail Order Number: (844) 636-7506



HealthiestYou

member.healthiestyou.com

(866) 703-1259

Por favor Note: Una forma de reclamo de pago es necesaria para los beneficios de AD&D, Accidente Médico y Seguros de Vida. Usted puede acceder las formas por medio del portal en la red para el cliente o llamando al departamento de servicio al cliente de Century Healthcare.

Descripción de Beneficios

Servicios Preventivos

Todos los servicios preventivos como es especificado por el Affordable Care Act como los exámenes físicos anuales, mamografías, papanicolaos, exámenes de prevención de cancer, exámenes de laboratorio y rayos-x de rutina y vacunas. Vea el resumen de beneficios MEC.

Cubiertos al 100% con proveedores dentro de la red

Visitas a la Oficina del Doctor

Beneficios pagados por visitas a la oficina del doctor para tratamiento medicalmente necesario o recomendaciones en caso de una enfermedad o lesion cubierta.

Plan paga \$50 por día
(6 días)

Laboratorio Ambulatorio

Beneficios pagados por exámenes de laboratorio ambulatorios ordenados por un doctor y practicados por un técnico con la licencia apropiada.

Plan paga \$10 por día
(3 días)

Rayos-X Ambulatorios

Beneficios pagados por rayos-x ambulatorios ordenados por un doctor y practicados por un técnico con la licencia apropiada.

Plan paga \$50 por día
(2 días)

Estudios Avanzados

Limitado a CT Scan, PET Scan y MRI.

Plan paga \$200 por día
(1 día)

Sala de Emergencia

Beneficios pagados por visitas a la sala de emergencias por una emergencia médica causada por enfermedad.

Plan paga \$100 por día
(1 día)

Beneficios de Cirugía de Internación/Ambulatoria

Beneficios pagados si una persona cubierta es sometida a una cirugía medicamente necesaria bajo la dirección de un doctor debido a una lesion o enfermedad cubierta.

Internación: Plan paga \$500
Ambulatoria: Plan paga \$250
(1 cirugía IP o 1 OP)

Beneficios de Anestesia de Internación/Ambulatoria

Beneficios pagan el 25% del beneficio de cirugía para los servicios de anestesia para exámenes preoperatorios y durante el procedimiento quirurgico.

Internación: Plan paga \$125.00
Ambulatoria: Plan paga \$62.50

Primer Confinamiento en Hospital

Beneficios pagados cuando una persona cubierta es internada en el hospital por primera vez en el año de beneficios. Paga adicionalmente al beneficio de confinamiento en hospital.

Día 1: Plan paga \$500

Confinamiento en Hospital

Beneficios pagados si una persona cubierta es internada en el hospital debido a una lesion o enfermedad cubierta.

Plan paga \$100 por día
(30 días)

Maternidad

Beneficios pagados bajo las provisiones aplicables para visitas a la oficina del doctor, laboratorio y rayos-x ambulatorios, cirugía, y confinamiento en hospital por gastos relacionados por embarazo.

Incluido

Confinamiento por Abuso de Substancia

Beneficios pagados por confinamiento en una instalación de rehabilitación por abuso de sustancias.

Plan paga \$100 por día
(30 días)

Confinamiento por Enfermedad o Desorden Mental

Beneficios pagados por confinamiento en una instalación para desordenes mentales o nerviosos.

Plan paga \$100 por día
(30 días)

Confinamiento en Instalaciones de Enfermera Hábil

Beneficios pagados por confinamiento en una instalación de enfermera hábil. El confinamiento debe empezar dentro de los primeros 3 días de confinamiento en hospital.

Plan paga \$100 por día
(30 días)

Descripción de Beneficios

Valor

Accidente Médico

(Deducible de \$100 por accidente)

Hasta \$5,000 por accidente

Muerte Accidental y Desmembramiento

Empleado	\$15,000
Conyuge	\$7,500
Hijo(s)	\$3,000

Seguro de Vida

Empleado	\$10,000
----------	----------

Beneficios Farmacéuticos

Prescripciones con Copago

Nivel 1 (la mayoría de los medicamentos genéricos): Copago de \$10. Nivel 2 (algunos de los medicamentos genéricos y preferidos/nombres de marca dentro del formulario): \$50 o 50%, el que sea mas alto. Nivel 3 (no preferidos/ nombres de marca excluidos del formulario): Empleados pagan 100% del costo después de los descuentos aplicables por medio de la farmacia. Opción de farmacia por correo disponible para suministros de 90 días con copago de \$25 por medicamentos de nivel 1 y \$125 o 50% por nivel 2. Máximo mensual de \$200 por empleado / \$200 por familia. No deducible. Formulario restringido.

Red para Beneficios Limitados de PHCS

Todos los planes diseñados proveen a los individuos cubiertos con acceso a una red PPO que les permite obtener tarifas reducidas negociadas antes de que los beneficios sean aplicados.

HealthiestYou (llamadas ilimitadas sin costo para el miembro)

Provee acceso 24/7 a doctores dentro de los Estados Unidos quienes le pueden dar consejo general y recomendaciones, consultas de diagnóstico médico, y prescribir medicamentos no controlados cuando sea necesario. HealthiestYou también provee acceso a una plataforma de bienestar en línea para ayudar a mejorar la salud general del miembro.

Todos los beneficios excepto Accidente Médico, Muerte Accidental y Desmembramiento y Seguro de Vida están sujetos a máximos por año de beneficios como se muestra arriba.

Año de beneficios significa los 12 meses consecutivos desde la fecha de efectividad original del grupo. Por favor note que este solo es un resumen de beneficios y que para saber todos los detalles de la póliza, el certificado de cobertura debe ser revisado una vez la póliza haya comenzado.

Beneficios Efectivos 01/01/2019

Servicios preventivos están cubiertos al 100% por medio de proveedores participantes. La siguiente es una breve descripción de los beneficios preventivos disponibles para miembros y está sujeta a cambios por el Affordable Care Act. Para aprender más visite www.healthcare.gov.

- Exámen físico de rutina
- Exámen de bienestar de la mujer (anual)
- Mamografía anual
- Papanicolao anual y otros exámenes de laboratorio rutinarios
- Termografía del seno
- Exámen de densidad del hueso
- Exámen de bienestar de bebe/niño
- Vacunas de rutina
- Vacunas para el resfriado y la neumonía
- Exámenes rutinarios de laboratorio rayos-x y otros chequeos médicos, incluyendo:
 - ✓ Presión sanguínea
 - ✓ Diabetes
 - ✓ Exámen de colesterol
- Métodos contraceptivos (FDA):
 - ✓ Métodos contraceptivos aprobados
 - ✓ Procedimientos de esterilización
 - ✓ Educación y consejería al paciente
(Contraceptivos cubiertos no incluyen abortifacientes)
- Varios chequeos de detección de cancer, incluyendo:
 - ✓ Cancer cervical
 - ✓ Cancer de seno
 - ✓ Cancer colorectal

Detalles Importantes

Proveedores dentro de la red: Los planes de salud solo son requeridos el proveer estos servicios preventivos por medio de proveedores dentro de la red.

Costos por visita a oficina del doctor: Su doctor puede proveer un servicio preventivo como el chequeo del colesterol como parte de su visita médica. Sea avisado que su plan puede requerir que pague algunos costos de la visita a la oficina del doctor si el servicio preventivo no es el propósito primario de la visita o si el doctor le manda una facture separada por los servicios preventivos y la visita a la oficina.

Covertura: Esta cobertura solo es para servicios preventivos. Si un diagnóstico ha sido hecho, los servicios no son cubiertos dentro de la cobertura mínima esencial (MEC).

Hable con su proveedor de cuidado de la salud: Para saber cuales servicios preventivos son los que necesita en base a su edad, género, y estado de salud consulte a su medico. Para información en practicas preventivas visite healthcare.gov.

Preguntas: Si tiene preguntas acerca de su cobertura y exclusiones y limitaciones por favor llame a Servicio al Cliente al (877) 685-2432 o visite www.centuryhealthcare.com para revisar el resumen de description del plan (SPD).

FORMULARIO DE INSCRIPCION

Empleador – Por favor complete esta sección

Fecha de efectividad requerida: _____ Fecha de Contratación: _____ Locación: _____

Estado de Empeo Actual: ☐ Tiempo Completo ☐ Medio Tiempo _____ (Número de Horas) ☐ Otro _____

Indique una de las siguientes:

☐ Inscripción Inicial ☐ Periodo de Inscripción Abierta ☐ Nuevo Empleado ☐ Cambio en Circunstancias de Vida ☐ Rechazo de Cobertura

Nombre del Empleador: American Trailer Works No. de Grupo de CHC CHC5600

Información del Empleado – Por favor escriba con letra de molde, claramente y legible

Apellido		Primer Nombre	Inicial del 2do Nombre	No. de Seguro Social
Dirección Postal		Ciudad	Estado	Código Postal
Dirección de Correo Electrónico		Teléfono Primario	Fecha de Nacimiento	Locación de Empleo
Género: ☐ Masculino ☐ Femenino		Estado Civil: ☐ Soltero ☐ Casado ☐ Divorciado ☐ Legalmente Separado ☐ Viudo		

Información de Selección de Plan de Beneficios para: ☐ Nueva Cobertura ☐ Cambio en Cobertura

Plan Valor (MEC Plus)	Costo Semanal
☐ Empleado Solamente	\$16.66
☐ Empleado + Conyuge	\$30.61
☐ Empleado + hijo(s)	\$24.81
☐ Empleado + Familia	\$41.66

Información de Dependientes – Para añadir dependientes adicionales, por favor adjunte una página adicional junto con su nombre.

Por favor note que si está suscribiendo dependientes la información siguiente es requerida. Si hace falta información su suscripción podría ser retrasada o rechazada.

Tiene un conyuge elegible? ☐ Yes ☐ No Cuantos hijos dependientes tiene? _____

☐ Conyuge ☐ Hijo	Nombre completo del dependiente::	SSN:	Fecha de Nacimiento:	☐ M ☐ F
☐ Conyuge ☐ Hijo	Nombre completo del dependiente::	SSN:	Fecha de Nacimiento:	☐ M ☐ F
☐ Conyuge ☐ Hijo	Nombre completo del dependiente::	SSN:	Fecha de Nacimiento:	☐ M ☐ F
☐ Conyuge ☐ Hijo	Nombre completo del dependiente::	SSN:	Fecha de Nacimiento:	☐ M ☐ F

Rechazo de Cobertura (marque el recuadro siguiente para rechazar la cobertura)

☐ Yo no deseo suscribirme en el Plan de Beneficios Médicos Limitados / Cobertura Mínima Esencial ofrecido(s) por mi empleador. Entiendo que si decido suscribirme mas adelante no podré hacerlo a menos que sea durante el siguiente period de inscripción abierta o por un cambio en circuntancias de vida. Por favor note que si hay un cambio en las circunstancias de vida usted solo tiene 30 días para inscribirse o hacer cambios a su póliza.

He leído los resúmenes de beneficios y materiales de inscripción provistos y acepto los términos y condiciones de la cobertura señalada en ellos. Entiendo que los planes médicos de beneficios limitados, MEC Basico, MEC Plus, y MEC Enhanced no proveen cobertura médica mayor o comprensiva. He leído el material de suscripción y entiendo que mi cobertura está sujeta a los términos y condiciones de la póliza provista a mi empleador. Entiendo que mi cobertura va a entrar en efecto en la fecha indicada en el material solo si estoy en servicio activo con mi empleador en esa fecha. Si no estoy en servicio activo en esa fecha, mi cobertura entrara en efecto en la fecha que yo regrese a servicio activo. Si he escogido cobertura para mis dependientes, su cobertura no entrara en efecto antes de mi fecha de efectividad.

Autorizo que mi empleador deduzca de mi paga la prima requerida para el plan que he escogido.

En lo mejor de mi saber y conocimiento, toda la información que he proveído es verdad y completa. Entiendo que mi información está protegida por leyes de privacidad y solo será revelada en conformidad con las leyes. Las únicas personas que tienen acceso a esta información son empleados de la compañía de seguro que sirven mi póliza o cuentas y otras personas terceras autorizadas por la compañía de seguro. Información puede ser revelada a ellos quienes tienen necesidad legal de la información o por regulaciones del seguro. En otras situaciones, la compañía de seguro me pedirá autorización por escrito para revelar información acerca de mí.

El plan MEC para residentes de Massachusetts: Este plan no cubre los requerimientos de cobertura mínima y por lo tanto no satisface el mandato individual.

ADVERTENCIA: ES UN CRIMEN PROVEER INFORMACION FALSA O ENGANOSA A UN ASEGURADOR CON EL PROPOSITO DE DEFRAUDAR AL ASEGURADOR O CUALQUIER OTRA PERSONA. PENALIDADES INCLUYEN APRISIONAMIENTO Y/O MULTAS. EL ASEGURADOR TAMBIEN PUEDE DENEGAR BENEFICIOS DE ASEGURANZA SI INFORMACION FALSA ES PROVEIDA POR EL APLICANTE EN RELACION MATERIAL A ALGUN COBRO.

Firma del Empleado

Fecha de Firma

Muerte Accidental y Desmembramiento – CRUM & Forster Specialty Services:
Entiendo que el paquete de beneficios ofrecido por mi empleador automaticamente incluye un beneficio de \$15,000 en caso de Muerte Accidental y Desmembramiento por medio de CRUM & Forster Specialty Services.

Información del beneficiario– Para añadir mas beneficiarios, por favor adjunte una página adicional junto con su nombre.

Beneficiario 1		
Nombre Completo:	Dirección Completa:	
No. de Seguro Social:	% del Beneficio:	Relación al Empleado:

Beneficiario 2		
Nombre Completo:	Dirección Completa:	
No. de Seguro Social:	% del Beneficio:	Relación al Empleado:

Beneficiario Contingente – Pagará en caso de que los beneficiarios primarios no puedan recibir el beneficio por alguna circunstancia)		
Nombre Completo:	Dirección Completa:	
No. de Seguro Social:	% del Beneficio:	Relación al Empleado:

Si no nombra a un beneficiario o si no lo sobrevive uno, el beneficio será pagado en partes iguales entre la primera clase sobreviviente de las que se mencionan abajo:

- 1) Su Conyuge
- 2) Hijo(s)
- 3) Sus Padres
- 4) Hermano(s) y/o hermana(s)
- 5) Su patrimonio

Firma del Empleado

Fecha de Firma

Seguro de Vida para el Empleado– The Standard:
Entiendo que el paquete de beneficios ofrecido por mi empleador automaticamente incluye un beneficio de \$10,000 en seguro de vida para el empleado por medio de The Standard.

Información del beneficiario– Para añadir mas beneficiarios, por favor adjunte una página adicional junto con su nombre.

Beneficiario 1		
Nombre Completo:	Dirección Completa:	
No. de Seguro Social:	% del Beneficio:	Relación al Empleado:

Beneficiario 2		
Nombre Completo:	Dirección Completa:	
No. de Seguro Social:	% del Beneficio:	Relación al Empleado:

Beneficiario Contingente – Pagará en caso de que los beneficiarios primarios no puedan recibir el beneficio por alguna circunstancia)		
Nombre Completo:	Dirección Completa:	
No. de Seguro Social:	% del Beneficio:	Relación al Empleado:

Si no nombra a un beneficiario o si no lo sobrevive uno, el beneficio será pagado en partes iguales entre la primera clase sobreviviente de las que se mencionan abajo:

1) Su Conyuge2) Hijo(s)3) Sus Padres4) Hermano(s) y/o hermana(s)5) Su patrimonio

- Definición de niño dependiente:**
- Hijos solteros desde nacimiento hasta la edad de 20 años o 24 si está registrado como estudiante de tiempo completo en una institución acreditada
 - Hijos solteros que cubran alguno de los siguientes requerimientos:
 - El hijo está asegurado dentro de la póliza de grupo y durante o después de la fecha en la que el seguro terminaría a causa de la edad del hijo, este está continuamente discapacitado. .
 - El hijo estaba asegurado debajo del plan anterior el día antes de la fecha de efectividad de la cobertura de tu empleador debajo de esta póliza de grupo,estaba discapacitado durante ese día, y está continuamente discapacitado de ahí en adelante.
 - El hijo incluye cualquiera de los siguientes, si los otros aspectos cubren la definicion de niño:
 - Su hijo adoptado o hijastro viviendo en su hogar

Firma del Empleado

Fecha de Firma

Non-Discrimination Statement and Foreign Language Access

We do not discriminate on the basis of race, color, national origin, disability, age, sex, gender identity, sexual orientation or health status in our health plans, when we enroll members or provide benefits.

If you or someone you're assisting is disabled and needs interpretation assistance, help is available at the contact number posted on our website or listed in the materials included with this notice.

Free language interpretation support is available for those who cannot read or speak English by calling one of the appropriate numbers listed below.

If you think we have not provided these services or have discriminated in any way, you can file a grievance online at contact@hcrcompliance.com or by calling our Compliance area at 1-800-832-9686 or the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights at 1-800-368-1019 or 1-800-537-7697 (TDD).

Si usted, o alguien a quien usted está ayudando, tiene preguntas acerca de este plan de salud, tiene derecho a obtener ayuda e información en su idioma sin costo alguno. Para hablar con un intérprete, llame al 1-844-396-0183. (Spanish)

如果您，或是您正在協助的對象，有關於本健康計畫方面的問題，您有權利免費以您的母語得到幫助和訊息。洽詢一位翻譯員，請撥電話 [在此插入數字 1-844-396-0183]。 (Chinese)

Nếu quý vị, hoặc là người mà quý vị đang giúp đỡ, có những câu hỏi quan tâm về chương trình sức khỏe này, quý vị sẽ được giúp đỡ với các thông tin bằng ngôn ngữ của quý vị miễn phí. Để nói chuyện với một thông dịch viên, xin gọi 1-844-389-4838 (Vietnamese)

이 건보함에 관하여 궁금한 사항 혹은 질문이 있으시면 1-844-396-0187 로 연락주십시오. 귀하의 비용 부담없이 한국어로 도와드립니다. PC 명조 (Korean)

Kung ikaw, o ang iyong tinutulungan, ay may mga katanungan tungkol sa planong pangkalusugang ito, may karapatan ka na makakuha ng tulong at impormasyon sa iyong wika nang walang gastos. Upang makausap ang isang tagasalin, tumawag sa 1-844-389-4839. (Tagalog)

Если у Вас или лица, которому вы помогаете, имеются вопросы по поводу Вашего плана медицинского обслуживания, то Вы имеете право на бесплатное получение помощи и информации на русском языке. Для разговора с переводчиком позвоните по телефону 1-844-389-4840. (Russian)

لبد شذخص تساءاً هءسئلة بخصصو خطءا لصءة، هءه فلءءا كءلءق فءا لءصلو على المساءاو ءءلمءلوماء
نأ كان لءءوأك

بلءءك ما نوء نءة ءكلفة. للءءءء مع مءرءءا مءصء ل 1-844-396-0189 (Arabic)
الضءوءة