



Benefits in a Card™ Powered By
Benefits Wizard

Especialmente diseñado para



**ASSOCIATED
STAFFING**
INCORPORATED
Your Staffing Solution!

Su elección. Su plan.

*Creemos que usted debe tener la libertad de elección
en decidir lo que es mejor para su familia.*

Inscríbese hoy llamando a Benefits In A Card al 800.497.4856

Creado por Benefits In A Card para cumplir con los mínimos requisitos
de cobertura esenciales de la Ley de Cuidado de Salud Asequible.*



Benefits in a Card™

Powered By

Benefits Wizard

Benefits In A Card se complace en asociarse con su empleador para ofrecer beneficios de seguro. Cada uno de estos productos se seleccionó especialmente para que usted y su familia se mantengan saludables al brindar cobertura para las categorías que más se usan. Consulte la información del plan en las siguientes páginas para revisar los planes específicos ofrecidos por su empleador. ¿Tiene preguntas sobre los beneficios ofrecidos? Llámenos hoy al 800.497.4856

Aspectos destacados de Stay Healthy MEC FreeRx Beneficios y Servicios

- Cobertura del 100 % para los servicios preventivos requeridos por la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio siempre que se utilice el proveedor de Multiplan
- No existen limitaciones preexistentes para los servicios médicos
- No tiene Deducibles médicos
- Elección entre 4 niveles familiares
- Admisión garantizada para todos los empleados elegibles
- Beneficios de medicamentos preventivos disponibles a través de Medimpact
- Membresía de FreeRx.com incluida para ayudar a cubrir recetas no preventivas
- Beneficios de telemedicina incluidos para tratar lesiones y enfermedades

El plan Stay Healthy MEC FreeRx no constituyen un seguro de salud integral (a menudo denominado "cobertura médica mayor")

Aspectos destacados de los Beneficios y Servicios VIP (Los empleados pueden elegir con o sin un plan Stay Healthy MEC FreeRx. Solo cumple con ACA si se elige con el plan Stay Healthy MEC FreeRx)

- Indemnización Médica con cláusula adicional de enfermedad crítica más beneficios para el cáncer
- No existen limitaciones preexistentes para los planes de indemnización médica o hospitalaria
- No tiene Deducibles médicos
- Emisión garantizada para todos los empleados elegibles
- Elección entre 4 niveles familiares
- Todos los medicamentos estarán cubiertos bajo el programa LucyRx ya sea a través de la fijación de precios o descuentos predeterminado
- Virtual Urgent Care incluido
- Los beneficios para la atención preventiva se incluyen SOLAMENTE si se elige Stay Healthy MEC FreeRx con VIP

Aspectos destacados de Plan Valor Mínimo (MVP) y Servicios (Plan de cumplimiento de ACA)

- No existen limitaciones preexistentes para los servicios médicos
- Beneficios dentro y fuera de la red
- Médico de Atención Primaria (PCP), Especialista y Beneficios de hospitalización para pacientes hospitalizados
- Beneficios de la medicina disponibles a través de Medimpact
- Elección entre 4 niveles familiares

Opciones adicionales de beneficios (Los empleados no tienen que elegir Stay Healthy MEC FreeRx para inscribirse en lo siguiente)

- Dental
- Salud Comportamental
- Visión
- FreeRx

Información general

- Los empleados tienen 30 días para elegir la cobertura desde la fecha de su primer cheque. Si no cumple con este plazo, debe esperar hasta el próximo período de inscripción abierta a menos que tenga un evento de vida calificado.
- La cobertura siempre comienza el lunes siguiente a la primera deducción de nómina.
- Deducciones semanales para la cobertura semanal.
- COBRA es elegible después de cuatro semanas consecutivas de falta de pago, independientemente de los períodos de nómina, y dará lugar a un aviso COBRA. La falta de pago se aplica a Stay Healthy MEC FreeRx, MVP, Dental & Visión. No se aplica para el plan VIP Choice, salud comportamental y FreeRx.
- Los empleados pueden hacer hasta cuatro pagos directos a Benefits In A Card mientras no este trabajando para evitar un lapso en la cobertura.
- Los pagos de prima perdida se deben hacer dentro de 30 días a partir del lunes de la semana perdida. (a menos que el archivo ya haya sido marcado como elegible para COBRA). Si el archivo ha sido marcado para COBRA, el empleado debe elegir COBRA para pagar la semana en cuestión.
- El Aviso de privacidad de HIPAA, el Documento del plan de resumen, COBRA, Medicare, el Resumen de beneficios y cobertura (SBC) se publican en www.mybiac.com/associatedstaffing

RESUMEN DE LOS BENEFICIOS

Esto NO es un Seguro de Beneficios Mayores

Beneficio	Stay Healthy MEC FreeRx	VIP Choice
Cuidado Preventivo *	Directrices de conformidad con ACA	No Incluido
Red Requerida	Sí	No
Medimpact	Incluido	No Incluido
Servicios de Valor Agregado adicionales y ahorros		
LucyRx	No Incluido	\$10/\$20/\$30 Genérico Descuento no genérico
Red MultiPlan	Incluido	Incluido
Virtual Urgent Care	Incluido	Incluido
FreeRx	Incluido	No Incluido
Productos Adicionales de Seguros-Indemnización Hospitalaria con Enfermedad Crítica Cláusula de Beneficios más Cáncer		
Beneficio de admisión al hospital	No Incluido	\$ 500/día; Máximo 1 Día
Beneficio de hospitalización	No Incluido	\$ 50/día; Máximo 5 Días
Cirugía en el hospital, centro hospitalario para pacientes ambulatorios o centro de cirugía ambulatoria independiente	No Incluido	\$ 500/día; Máximo 1 Día
Cirugía en un consultorio médico	No Incluido	\$ 250/día; Máximo 1 Día
Sala de emergencias	No Incluido	\$ 50/día; Máximo 1 Día
Centro de atención urgente	No Incluido	\$ 75/día; Máximo 1 Día
Oficina del medico	No Incluido	\$ 75/día; Máximo 4 Días
Físico, del habla u ocupacional	No Incluido	\$15/día; Máximo 3 Días
Facilidad de terapia		
Pruebas de imagen médica	No Incluido	\$ 100/día; Máximo 1 Día
Estudio avanzado / Pruebas de seguimiento	No Incluido	\$ 25/día; Máximo 1 Día
Ambulancia Tierra / Aire	No Incluido	\$ 50/\$100 día; Máximo 1 Día

Enfermedad Crítica Cláusula de Beneficios

Individual / Esposo / Niño(s)	No Incluido	\$5,000/\$2,500/\$1,250
El monto del beneficio pagadero es del 100% por cáncer invasivo, ataque cardíaco, daño permanente debido a un derrame cerebral, insuficiencia de órganos importantes o insuficiencia renal en etapa terminal; 25% para carcinoma in situ.		

El plan Stay Healthy MEC FreeRx se puede elegir con el plan VIP Choice.

* Véase la lista de servicios que figuran en la página 9

Deducciones semanales					Mis Beneficios	
	Empleado	Empleado & cónyuge	Empleado & Niños	Familia		
Stay Healthy MEC FreeRx	\$18.46	\$23.36	\$24.05	\$28.39	Stay Healthy MEC FreeRx	\$
VIP Choice	\$15.73	\$29.04	\$24.31	\$40.37	VIP Plan	+ \$
					Deducción Total	\$

Este folleto describe los beneficios, exclusiones y limitaciones de las pólizas de seguro de grupo separado proporcionadas por distintas compañías. Su empleador ha decidido ofrecer estas pólizas en una sola oferta. Mientras que cada póliza descrita tiene un costo separado, la deducción que pagará podrá, a la opción de su empleador, puede ser combinada en una deducción que se calcula como la suma de la prima para cada una de las pólizas.

OPCIONES DE BENEFICIOS ADICIONALES

Visión

Co-pago por examen de la vista	\$10
Co-pago en Lentes y Marcos	\$25
Co-pago para montaje de lentes de contacto	\$0
Subsidio de marcos	\$130

Visión Deducción semanal

Empleado	\$1.99
Empleado / cónyuge	\$4.02
Empleado / los niño (s)	\$4.57
Familia	\$7.05

Salud Comportamental

Salud Comportamental Deducción semanal

Empleado/ES/EC y Familia	\$1.41
---------------------------------	---------------

Dental

Preventiva (Sin deducible)	100%
Básico	80%
Restaurador básico	80%
Radiografías-FMX	80%
Período de espera	Ninguno
Máximo Anual	\$500
Deducible (individual / familiar)	\$50/\$150

Deducción semanal Dental

Empleado	\$3.80
Empleado / cónyuge	\$6.50
Empleado / los niño (s)	\$8.92
Familia	\$13.44

Medicamentos más baratos, Billeteras más saludables.

Esta membresía le brinda acceso gratuito a más de 800 del 90 % de los mejores medicamentos genéricos recetados en los EE. UU. Los medicamentos agudos (un suministro de hasta 21 días) se pueden recoger en cualquiera de nuestras 64,000 farmacias participantes, incluidas CVS Pharmacy, Walgreens, Albertsons, Kroger, Publix, Giant Eagle y Walmart. Medicamentos crónicos (suministro para 90 días) están disponibles a través de entrega segura a domicilio por USPS con envío GRATIS de 3 a 5 días.



A continuación se muestra una lista de los medicamentos que se obtienen con frecuencia en nuestro formulario:

Agudo	Aciclovir	Cefalexina	Hidroxizina	Ciclobenzaprina	Triamcinolona
	Amoxicilina	Gabapentina	Ciprofloxacino	Prednisona	Tizanidina
	Azitromicina	Tramadol	Metilprednisolona	Sulfadiazina de plata	Valaciclovir
	Benzonatato	Doxiciclina	Naproxeno	Trimetoprima	

Crónico	Alendronato	Atorvastatina	Omeprazol	Citalopram	Losartán
	Alopurinol	Buspirona	Fluoxetina	Clopidogrel	Ondansetrón
	Amlodipina	Carvedilol	Hidroclorotiazida	Levotiroxina	Escitalopram
	Atenolol	Meloxicam	Bupropión	Metformina	

Ahorre en insulina

La insulina también está disponible a través de la membresía. Los viales y las plumas de ReliOn NovoLog, ReliOn NovoLog 70/30 y ReliOn Novolin N están disponibles a través de nuestra asociación exclusiva con Walmart por un 80% menos que los precios estándar de la insulina.

Virtual Urgent Care

La atención de urgencias virtual está incluida en su membresía. Tendrá acceso las 24 horas, los 7 días de la semana, los 365 días del año a médicos que pueden diagnosticar muchos síntomas comunes de afecciones que no son de emergencia, recomendar opciones de tratamiento y recetar medicamentos cuando sea médicamente apropiado. Visite virtualcare.benefitsinacard.com para registrarse.

Visita www.freerx.com para obtener más información sobre nuestro programa y los beneficios adicionales que recibes con una membresía. Puedes inscribirte en esta membresía en cualquier momento.

\$5.99 / semana
Empleado

\$6.99 / semana
Empleado +
Esposo/a

\$6.99 / semana
Empleado +
Hijo(s)

\$6.99 / semana
Familia

La membresía está incluida si se selecciona MEC FreeRx

Beneficios Médicos

Stay Healthy MEC FreeRx

MEC FreeRx es un programa innovador y asequible diseñado para cumplir con los estándares de la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio (ACA), así como para brindar servicios de telemedicina para tratar lesiones y enfermedades. Además, los empleados reciben una membresía en FreeRx.com que brinda acceso a medicamentos genéricos sin costo. Con MEC FreeRx, los empleados pueden evitar las multas de la ACA, beneficiarse de la cobertura del primer dólar y cubrir la atención preventiva al 100 % sin deducibles ni copagos.



MediImpact

Incluido en el plan Stay Healthy MEC FreeRx

MediImpact se complace en ofrecer los beneficios de prescripción de los medicamentos cubiertos por el Cuidado de Salud Asequible Act (ACA) para Associated Staffing, Inc. Todos los medicamentos calificados ACA serán cubiertos sin tener que pagar un co-pago, co-seguro o el cumplimiento de su deducible, siempre que surta sus recetas en una de nuestras farmacias participantes - 65.000 lugares en todo el país. Para saber qué medicamentos están cubiertos o para encontrar una farmacia cerca de usted, por favor regístrese en www.elixirsolutions.com (usted necesitará su identificación de miembro) o llame al 1-800-771-4648.

Red MultiPlan

Incluido en planes Stay Healthy MEC FreeRx y VIP Choice

Con la Red MultiPlan, ahora tiene acceso a la mayor PPO (Organización de Proveedores Preferidos) en la nación, que le ofrece:

- **Elección** - Amplio acceso a más de 4.600 hospitales, 98.000 instalaciones auxiliares y 725.000 profesionales de la salud.
- **de Ahorros** - descuentos negociados que dan como resultado un ahorro significativo de costos para usted cuando usted decide ver un proveedor participante. Un logotipo MultiPlan en su tarjeta de seguro médico le dice a usted y su proveedor que se aplica un descuento MultiPlan. Cuando se utiliza un proveedor de la red, se obtiene más valor para sus dólares de beneficios.
- **Calidad** - MultiPlan aplica criterios rigurosos cuando la dan credencialización a los proveedores para participar en la red MultiPlan, por lo que puede estar seguro de que usted está eligiendo su proveedor de atención médica de una red de alta calidad.



Para encontrar un proveedor MultiPlan para el plan VIP, por favor llame al 800-457-1403 o visite multiplan.com.



Para encontrar un proveedor MultiPlan para el plan Stay Healthy MEC FreeRx, por favor llame al 800-884-6993 o visite multiplan.com.



Benefits in a Card™

Virtual Urgent Care

Incluido en planes Stay Healthy MEC FreeRx y VIP Choice

Benefits in a Card ofrece acceso las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año a médicos certificados, a solo una llamada telefónica o un clic de distancia. Los médicos pueden diagnosticar muchos síntomas comunes de afecciones que no son de emergencia, recomendar opciones de tratamiento y recetar medicamentos cuando sea médicamente apropiado.

Cuándo utilizar/Condiciones comunes:

- ♦ Síntomas del resfriado y la gripe
- ♦ Alergias
- ♦ Infección respiratoria
- ♦ Problemas sinusales
- ♦ Problemas de dermatología
- ♦ Bronquitis
- ♦ Ojo rosa
- ♦ y más...

Virtual Urgent Care está a solo una llamada o clic de distancia! Hable con un médico con licencia estatal las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Para acceder visite: virtualcare.benefitsinacard.com o llame al 800-497-4856. Se requiere el registro de la cuenta de miembro antes de utilizar todos los servicios.



LucyRx

Incluido en el plan VIP Choice

LucyRx ofrece una manera conveniente para que usted ahorre costos significativos al surtir una receta en su farmacia participante. Todos los medicamentos están incluidos. Esos medicamentos que están disponibles en el definido \$10, \$20 y \$30 niveles o menos se establecen a niveles de precios predeterminados y compensar la LucyRx formulario. Si su medicamento no está incluido en el formulario, usted todavía puede obtener sus medicamentos recetados y usted recibirá un descuento de la carga normal de la farmacia.

La mayoría de las farmacias se incluyen en la red LucyRx. Sin embargo, en caso que la farmacia no acepte su tarjeta, puede llamar al 800-933-3734 y un representante de servicio al cliente le asistirá.

Beneficios proporcionados por APL (American Public Life Insurance Company)≠

Indemnización Hospitalaria

Incluso cuando usted tiene seguro médico, usted puede ser confrontado con los costos médicos no cubiertos después de una estancia en el hospital. Estos costos podrían incluir su deducible, coaseguro o otros gastos de desembolso. La cobertura del Seguro de Indemnización Hospitalaria proporcionada por APL (American Public Life Insurance Company) está diseñada para ayudar con estos gastos médicos de bolsillo y puede ser pagada directamente a usted o asignada a un hospital, centro de tratamiento o médico elegido.

Seguro Dental de Grupo

El costo de tener una hermosa sonrisa no debe ser algo que preocupe. Los exámenes orales de rutina y las limpiezas profesionales son formas sencillas de ayudar a proteger su salud bucal. El seguro dental de grupo de APL está diseñado para ayudar con los gastos asociados con los servicios dentales cubiertos para que usted y su familia puedan tener una sonrisa que dura toda la vida. Este plan incluye Careington International Corporation PDNO Dental Network

- Ahorre en la mayoría de los procedimientos dentales, incluyendo exámenes bucales de rutina, limpiezas ilimitadas y tratamientos importantes como prótesis dentales, endodoncias y coronas, a través de una de las redes dentales más grandes y reconocidas del país, que se centra en dentistas de su localidad.
- Los administradores de terceros pagarán los servicios cubiertos de acuerdo con el diseño del plan.
- Todos los co-pagos, deducibles o co-seguro aplicables, que se describen en el diseño del plan, se pagarán directamente al consultorio dental en el momento en que se preste el servicio. Solicite al dentista o al personal de la oficina que le expliquen todos los cargos antes de que comience el tratamiento.



2305 Lakeland Drive | Flowood, MS 39232

ampublic.com | 800-256-8606

Se pueden aplicar limitaciones, exclusiones y períodos de espera. No todos los productos están disponibles en todos los estados. Los productos pueden ser inapropiados para las personas que son elegibles para la cobertura de Medicaid. Para obtener los beneficios completos y otras disposiciones, consulte la póliza / certificado / cláusula adicional.

≠ Los productos de APL no están diseñados para cumplir con los mínimos requisitos de cobertura esenciales de la Ley de Cuidado de Salud Asequible.

Beneficios proporcionados por MetLife

Visión

Con su Plan de Organización de Proveedores Preferidos de la Vista, usted puede:

- Acudir a cualquier proveedor de servicios oftalmológicos con licencia y recibir cobertura. Solo recuerde que el dinero de sus beneficios llega más lejos cuando permanece en la red.
- Elegir entre una amplia red de oftalmólogos, optometristas y ópticos, desde consultorios privados hasta minoristas como Costco® Optical, Walmart, Sam's Club y Visionworks.

Características de valor agregado dentro de la red:

- Además de las mejoras estándar de los lentes, disfrute de un ahorro promedio del 20-25% en todas las demás mejoras de los lentes.
- Ahorros adicionales en anteojos y gafas de sol: Obtenga un 20% de ahorro en pares adicionales de anteojos recetados y anteojos de sol sin prescripción, incluidas las mejoras de lentes. A veces, también pueden estar disponibles otras ofertas promocionales.
- Ahorro adicional en monturas: 20% de descuento en cualquier cantidad por encima de la asignación de monturas.
- Corrección de la visión con láser: Ahorros promedio del 15% del precio regular o del 5% de descuento en una oferta promocional para cirugía láser que incluye PRK, LASIK y LASIK personalizado. Esta oferta solo está disponible en las sucursales participantes de MetLife

Están aquí para ayudar.



Encuentre un proveedor de servicios de la vista en www.metlife.com/vision y seleccione VSP Choice.

Si tiene preguntas generales, visite www.metlife.com/mybenefits o llame al 1-855-MET-EYE1 (1-855-638-3931)

Beneficios proporcionados por Benefits in a Card

Consejería virtual de salud comportamental

El asesoramiento virtual proporciona a los miembros consultas, asesoramiento y servicios de referencia confidenciales e ilimitados. Los servicios de consejería incluyen:

- ♦ Acceso 24/7/365 a consejeros de nivel de maestría
- ♦ Sin copago ni tarifa
- ♦ Sesión disponible por teléfono o vídeo.
- ♦ Apoyo inmediato a la crisis
- ♦ Evaluación integral de riesgos
- ♦ Asesoramiento de apoyo y sesiones posteriores.
- ♦ Seguimiento 100% con un consejero original.
- ♦ Referencia personalizada (si es necesario) a planes médicos, de salud comportamental o recursos comunitarios.

Cuándo usarlo/Problemas comunes:

- ♦ Abuso de sustancias
- ♦ Problemas de relación
- ♦ Depresión
- ♦ Estrés y ansiedad
- ♦ Muerte de un ser querido
- ♦ Problemas de crianza

Los consejeros trabajan con los miembros para identificar problemas específicos y los próximos pasos para abordarlos, eliminando la duda de a quién acudir en caso de que necesiten servicios adicionales. *Consejería para adolescentes disponible; los requisitos de edad de los pacientes adolescentes pueden variar según el estado.



Benefits in a Card™

Llame al 888-507-0435

para servicios de asesoramiento y apoyo.

Plan de Valor Mínimo (MVP) Lista de Beneficios

Nota: Los empleados a tiempo completo que trabajan 30 horas a la semana o más y los empleados con horario variable que trabajan 780 horas o más en un período retrospectivo de 6 meses son elegibles para el Plan MVP. Por favor llamar a Benefits In A Card al 800.497.4856 para más información o si desea inscribirse en el plan MVP. Si se inscribe, la cobertura para empleados a tiempo completo entra en vigencia el primer día del mes siguiente a 59 días de la fecha de contratación, y para empleados con horas variables el primer día del mes siguiente a la inscripción. MVP es un plan médico integral con programa de medicina que ofrece beneficios para proveedores fuera y dentro de la red, después de que usted cumpla con el deducible aplicable. Con el plan de MVP, los empleados pueden evitar las sanciones individuales de la ACA.

PPO de red: MultiPlan	Dentro la Red	Fuera de la Red
Deducible (por participante / familia)	\$6,500/\$14,700	\$10,000/\$20,000
Fuera de bolsillo máximo (por participante / familia)	\$6,500/\$14,700	Sin Máximo / Sin Máximo
Coseguro pagado por el plan	100%	50%
Visita al consultorio Atención primaria / Especialista (incluido MHSA) El copago por visita a la oficina de la red es para la visita a la consulta (consulta) solamente. Todos los otros servicios están sujetos a deducible y coseguro.	\$15 primario / \$30 especialista	50% después del deducible
Quimioterapia	No cubiertos	No cubiertos
Medicamentos especializados médicos	No cubiertos	No cubiertos
Beneficios de Sala de Emergencia	100% después del deducible	50% después del deducible
Atención de urgencias	100% después del deducible	50% después del deducible
Hospitalización de pacientes internos (incluido MHSA)	100% después del deducible	50% después del deducible
Visita médica para pacientes internos	100% después del deducible	50% después del deducible
Hospitalización y visitas médicas ambulatorias	100% después del deducible	50% después del deducible
Cuota de médico / cirujano / anesthesiólogo (IP / OP)	100% después del deducible	50% después del deducible
Cirugía ambulatoria	100% después del deducible	50% después del deducible
Pruebas de diagnóstico y laboratorios	100% después del deducible	50% después del deducible
Cuidado preventivo	100%	50% después del deducible
Quiropráctica	No cubiertos	No cubiertos
Servicio de ambulancia por tierra	100% después del deducible	50% después del deducible
Imágenes avanzada	100% después del deducible	50% después del deducible
Diálisis	100% después del deducible	50% después del deducible
Cuidados de salud en el hogar, rehabilitación (Cardíaca, PT, OT, ST), SNF (Centro de enfermería especializada), Hospicio	100% después del deducible	50% después del deducible
Terapia de radiación	100% después del deducible	50% después del deducible
Equipo médico duradero	100% después del deducible	50% después del deducible
Medicina La marca y los no preferidos sólo estarán cubiertos cuando no se disponga de un medicamento genérico	Al por menor: Genérico - Sujeto a deducible Marca Preferida - Sujeto a deducible Marca No Preferida - No cubiertos Por correo: Genérico - Sujeto a deducible Marca Preferida - Sujeto a deducible Marca No Preferida - No cubiertos *BioTech y especializadas Las drogas no están cubiertos.	

Comuníquese con Travis Mittan al 308-384-5722 para obtener su prima mensual individual. Su costo mensual por empleado no superará el 9,96 % de su salario.

Primas Mensuales	
Empleado	\$524.05
Empleado/Cónyuge	\$1,082.55
Empleado/Hijos	\$899.29
Familia	\$1,459.81

El beneficio de cuidado preventivo cubre exámenes de rutina, cuidado infantil adecuado, vacunas, papanicolau, mamografías, exámenes colorrectales, exámenes de próstata y otros servicios requeridos por la ley si los proporciona un proveedor de la red. Se puede acceder a una lista actualizada de la atención preventiva requerida en <http://www.healthcare.gov/center/regulations/prevention/recommendations.html>

Este plan excluye medicamentos especializados, medicamentos de marca no preferidos, cargos quiroprácticos, acupuntura, cirugía bariátrica, cirugía estética, cuidado dental, tratamiento de la infertilidad, cuidado a largo plazo, cuidado no de emergencia fuera de los US., Enfermería privada, cuidado oftalmológico de rutina, pie de rutina atención, programas de pérdida de peso, cualquier beneficio que no esté específicamente enumerado y las exclusiones y límites que se aplican a otro Stay Healthy (MEC) / MVP también se aplican a este beneficio.

Stay Healthy MEC FreeRx Resumen Programa de Beneficios para Servicios Preventivos

A continuación se muestra una lista general, junto con el porcentaje que paga el Plan. Para obtener una lista detallada, incluidas las especificaciones de edad y frecuencia, visite los sitios web que se muestran a continuación. Además, los artículos cubiertos y no cubiertos pueden cambiar periódicamente según las recomendaciones de Grado A o B del Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de EE. UU. (USPSTF). Las exclusiones del plan y más información se pueden encontrar en la Descripción resumida del plan.

<https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/recommendation-topics/uspstf-a-and-b-recommendations>

<https://www.healthcare.gov/preventive-care-women>

<https://www.healthcare.gov/preventive-care-adults>

<https://www.healthcare.gov/preventive-care-children>

DETECCIONES

	Proveedores de red	Proveedores fuera de la red
Hombres	100%	No cubierto
Presión arterial, aneurisma aórtico, colesterol, cáncer colorrectal, depresión, diabetes, hepatitis C, sífilis, VIH, cáncer de pulmón, tuberculosis, consumo no saludable de alcohol, obesidad.		
Mujer	100%	No cubierto
Presión arterial, deficiencia de hierro, cáncer de mama, cáncer de cuello uterino, bacteriuria, clamidia, sífilis, colesterol, cáncer colorrectal, depresión, diabetes, gonorrea, hepatitis B, hepatitis C, VIH, violencia doméstica, cáncer de pulmón, tuberculosis, consumo no saludable de alcohol, obesidad, osteoporosis, Rh (D), VPH.		
Niños o Recién Nacidos	100%	No cubierto
Presión arterial, depresión, diabetes, pérdida de audición, enfermedad de células falciformes, VIH, hipotiroidismo, obesidad, PKU, visión, IMC, autismo, salud oral.		

ASESORAMIENTO

Hombres	100%	No cubierto
Dieta saludable, reducir la exposición a los rayos UV, dejar de fumar, prevenir las ITS.		
Mujer	100%	No cubierto
Lactancia materna, depresión perinatal, dieta saludable, violencia doméstica, reducir la exposición a los rayos UV, dejar de fumar, prevenir las ITS.		
Niños o Recién Nacidos	100%	No cubierto
Prevenir las ITS, reducir la exposición a los rayos UV, prevenir el inicio del consumo de tabaco.		

SUPLEMENTOS/MEDICAMENTOS

Hombres	100%	
Aspirina, estatinas		
Mujer	100%	
Aspirina, preventivos del cáncer de mama, ácido fólico, estatinas, métodos anticonceptivos aprobados por la FDA*.		
Niños o Recién Nacidos	100%	
Fluoruro, hierro, métodos anticonceptivos aprobados por la FDA*, medicamentos profilácticos contra la gonorrea para recién nacidos.		

*La esterilización para mujeres también está cubierta.

VACUNAS

Hombres	100%	No cubierto
Influenza, tétanos, difteria, tos ferina, varicela, VPH, culebrilla, sarampión, paperas, rubéola, neumococo, meningococo, hepatitis A y B.		
Mujer	100%	No cubierto
Influenza, tétanos, difteria, tos ferina, varicela, VPH, culebrilla, sarampión, paperas, rubéola, neumococo, meningococo, hepatitis A y B.		
Niños o Recién Nacidos	100%	No cubierto
Hepatitis A y B, rotavirus, difteria, tétanos, tos ferina, neumococo, poliovirus, influenza, sarampión, paperas, rubéola, varicela, meningococo, VPH.		

Especificaciones de Cobertura para Productos Proporcionados por APL (American Public Life Insurance Company) ≠

Continuación de Cobertura de Indemnización de hospital y Dental - Usted puede ser elegible para continuar con la cobertura cuando termine su cobertura. Detalles de sus opciones se explican en sus certificados de cobertura. El tomador o APL pueden rescindir la póliza / certificado en cualquier fecha de vencimiento de la prima después de la fecha de aniversario de la primera política, sujeto a 60 días de aviso por escrito. APL tiene el derecho de terminar su póliza / certificado, y todas las cláusulas adjuntas, si usted hace una reclamación fraudulenta.

Limitado Grupo Beneficio del Hospital Seguro de indemnización (HI-17)

Beneficios: Los beneficios son por día, hasta el número máximo de días por año calendario, por persona cubierta. Los montos de los beneficios pueden variar según el lugar de servicio. Los beneficios solo se pagarán por una pérdida cubierta incurrida mientras esté cubierto por el certificado.

Beneficio de admisión en el hospital: paga un beneficio cuando una persona cubierta es admitida y está internada en un hospital debido a una lesión o enfermedad cubierta. APL no pagará este beneficio por el tratamiento ambulatorio, el tratamiento en la sala de emergencia o una estadía de menos de 18 horas en una unidad de observación. Este beneficio solo se puede pagar una vez por período de confinamiento. Un hospital no es una institución, o parte de ella, utilizada como un lugar para rehabilitación, un lugar para descansar o para ancianos, un hogar de ancianos o de convalecencia, una unidad de enfermería a largo plazo o una sala de geriatría o un centro de atención prolongada para la atención. De pacientes convalecientes, rehabilitadores o ambulatorios.

Beneficio de hospitalización: paga un beneficio por día cuando una persona cubierta está internada en un hospital debido a una lesión o enfermedad cubierta.

Beneficio de la unidad de cuidados intensivos: paga un beneficio por día cuando una persona cubierta está internada en una UCI debido a una lesión o enfermedad cubierta. Los beneficios se pagarán a partir del primer día del confinamiento en la UCI cuando el confinamiento en la UCI comience después de la fecha efectiva de la persona cubierta.

Beneficio de rehabilitación: paga un beneficio por día cuando una persona cubierta recibe servicios de atención de rehabilitación mientras está internada en una unidad de rehabilitación o centro de enfermería especializada inmediatamente después de un período de internación cubierto debido a una lesión o enfermedad cubierta. Este beneficio no es pagadero además de cualquier otro beneficio de confinamiento provisto bajo la póliza el mismo día. Si se produce más de un confinamiento el mismo día, se pagará el beneficio más alto.]

Beneficio de cirugía por accidente y enfermedad: paga el beneficio aplicable por día cuando se realiza un procedimiento quirúrgico a una persona cubierta en un hospital, centro hospitalario para pacientes ambulatorios, un centro de cirugía ambulatoria independiente o un consultorio médico debido a una lesión o enfermedad cubierta.

Beneficio por tratamiento ambulatorio por accidente y enfermedad: paga el beneficio aplicable por día cuando una persona cubierta recibe tratamiento en una sala de emergencias, centro de atención de urgencias, consultorio médico o centro de terapia física / del habla / ocupacional debido a una lesión o enfermedad cubierta.

Beneficio de pruebas de diagnóstico: paga el beneficio por día aplicable cuando una persona cubierta recibe una de las pruebas de diagnóstico que se enumeran a continuación bajo la recomendación de un médico. Pruebas de imágenes médicas: Imágenes por resonancia magnética (IRM), tomografía computarizada (CT), tomografía axial computarizada (CAT), tomografía por emisión de positrones (PET) o prueba de captación de yodo radioactivo (tiroideas) (RAIU). Estudio avanzado / Pruebas de seguimiento: angio

grama, arteriograma, enema de bario / serie GI inferior, serie de trago de bario / GI superior, mielograma, estudio del sueño, prueba de esfuerzo nuclear o ecocardiograma transesofágico (TEE).

Beneficio de medicamentos recetados para pacientes ambulatorios: paga un beneficio por día cuando una persona cubierta tiene una receta escrita llena o rellena. La receta debe ser ordenada por un médico y debe ser dispensada por un farmacéutico con licencia. Para los fines de este beneficio, la prescripción no incluye: dispositivos o dispositivos terapéuticos; medicamentos experimentales; drogas, medicamentos o insulina utilizados por o administrados a una persona mientras está internado en un hospital, un hogar de descanso, un centro de atención prolongada, un hogar de convalecencia, un hogar de ancianos o una institución similar; agentes de inmunización, sueros biológicos, sangre o plasma sanguíneo; o materiales, dispositivos o medicamentos anticonceptivos o medicamentos para la infertilidad, excepto donde sea requerido por la ley.

Beneficio de ambulancia: paga un beneficio por día cuando una persona cubierta es transportada en ambulancia aérea o terrestre a un hospital o de un centro médico a otro, donde la persona cubierta es admitida como paciente internado y hospitalizada. Una empresa de ambulancia con licencia debe proporcionar el servicio de ambulancia. Si se requiere el servicio de ambulancia aérea y terrestre en el mismo día, se pagará el beneficio más alto.

Beneficio preventivo de cirugía electiva: paga el beneficio aplicable por día cuando se realiza una cirugía profiláctica a una persona cubierta en un hospital, centro hospitalario para pacientes ambulatorios, un centro de cirugía ambulatoria independiente o el consultorio de un médico.

Exclusiones: No se pagan beneficios por ninguna pérdida resultante de o causada, ya sea directa o indirectamente por: hernia, adenoides, amígdalas, venas varicosas, apéndice, trastorno de los órganos reproductivos dentro de los seis meses posteriores a la fecha de vigencia del certificado, a menos que se deba a una emergencia; guerra o cualquier acto de guerra, ya sea declarado o no declarado, o cualquier acto relacionado con la guerra mientras se sirve en las fuerzas militares o cualquier unidad auxiliar de las mismas (reembolsaremos la parte prorrateada de cualquier prima pagada por dicha persona cubierta al recibir su solicitud por escrito); tratamiento dental o servicios de visión de rutina, a menos que se deban a una lesión y si se realizan dentro de los 12 meses posteriores a la fecha del accidente cubierto o debido a un defecto congénito o anomalía de nacimiento de un recién nacido cubierto; una lesión o enfermedad autoinfligida intencionalmente; cometer o intentar cometer un acto ilegal que se define como un delito grave (el delito grave se define según la ley de la jurisdicción en la que ocurre el acto); una lesión o enfermedad incurrida mientras se participa en una ocupación ilegal; atención cosmética, excepto cuando la hospitalización se deba a una cirugía plástica reconstructiva médicamente necesaria (la cirugía plástica reconstructiva médicamente necesaria se define como: cirugía para restaurar una función corporal normal, cirugía para mejorar el deterioro funcional por alteración anatómica que se hace necesaria como resultado de un defecto congénito de nacimiento o anomalía de nacimiento, reconstrucción mamaria después de una mastectomía); estar intoxicado o bajo la influencia de cualquier narcótico a menos que sea administrado por un médico o tomado de acuerdo con las instrucciones del médico (intoxicación significa aquello que está determinado y definido por las leyes y la jurisdicción del área geográfica en la que se produjo la pérdida o la causa de la pérdida); tratamiento, medicamentos o cirugía experimental, excepto en relación con un ensayo clínico de cáncer aprobado; inmunizaciones; inseminación artificial, fertilización in vitro, fertilización en probeta, esterilización, ligadura de trompas o vasectomía, y reversión de las mismas; participación en cualquier deporte por pago o beneficio; trastornos mentales o emocionales sin enfermedad orgánica demostrable; tratamiento de alcoholismo o adicción a las drogas; servicios para los cuales el pago no es legalmente requerido, excepto: Medicaid;

Especificaciones de Cobertura para Productos Proporcionados por APL (American Public Life Insurance Company) ≠ continuaron

tratamiento de discapacidades no relacionadas con el servicio en hospitales de la Administración de Veteranos y atención brindada a jubilados de las fuerzas armadas y dependientes en instalaciones médicas militares del Gobierno de los Estados Unidos; aborto voluntario excepto, con respecto a usted o su cónyuge dependiente elegible cubierto: donde su vida o la de su cónyuge dependiente estaría en peligro si el feto se llevara a término o donde han surgido complicaciones médicas del aborto; embarazo de un niño dependiente elegible; participar en un motín, insurrección, rebelión, conmoción civil, desobediencia civil o asamblea ilegal (esto no incluye una pérdida que ocurre mientras se actúa de manera legal dentro del alcance de la autoridad); participación en un concurso de velocidad en vehículos a motor, paracaidismo o ala delta; viajes aéreos excepto como pasajero que paga la tarifa en una aerolínea comercial en una ruta programada regularmente o como pasajero solo para transporte y no como piloto o miembro de la tripulación; cambios de sexo; un diagnóstico o tratamiento recibido fuera de los Estados Unidos o sus territorios, que no pueda ser confirmado por un médico autorizado y que ejerza en los Estados Unidos. La persona cubierta, a su propio costo, es responsable de obtener dicha confirmación.

Terminación del certificado: La cobertura de seguro bajo el Certificado, incluidos los pasajeros adjuntos, finalizará en la fecha más temprana de estas: la fecha en que termina la Póliza; la fecha en que vence la prima de renovación una vez que finaliza el período de gracia si la prima sigue sin pagar; la fecha en que el Asegurado ya no califica como Asegurado; o la fecha de fallecimiento del asegurado.

Terminación de la cobertura: La cobertura de seguro bajo el Certificado y / o cualquier anexo adjunto para una Persona Cubierta finalizará de la siguiente manera: la fecha en que termina la Póliza; la fecha de terminación del Certificado; la fecha en que vence la prima de renovación una vez que finaliza el período de gracia si la prima sigue sin pagar; el final del Período de la Póliza en el que recibimos una solicitud por escrito del Asegurado para finalizar la cobertura de la Persona cubierta; la fecha en que una Persona Cubierta ya no califica como Asegurado o Dependiente Elegible; o la fecha de la muerte de la Persona Cubierta. Podemos finalizar la cobertura de cualquier Persona Cubierta que presente un reclamo fraudulento.

Continuación de Cobertura COBRA: Este plan puede continuar de conformidad con la Ley Ómnibus Consolidada de Conciliación Presupuestaria de 1986.

Cláusula de Enfermedades Críticas: Paga un beneficio cuando una persona cubierta tiene una enfermedad crítica cubierta, como se define en el anexo. El beneficio se paga una vez por persona cubierta por año calendario. Una vez que se haya pagado el 100% del monto del beneficio de enfermedad crítica aplicable para una persona cubierta en un año calendario, no hay un monto de beneficio de enfermedad crítica adicional disponible para la persona cubierta en ese mismo año calendario.

Si una persona cubierta recibe un beneficio por carcinoma in situ y luego se le diagnostica otra enfermedad crítica dentro del mismo año calendario, APL pagará el monto del beneficio por enfermedad crítica menos el monto pagado previamente por el carcinoma in situ. En cualquier año calendario, APL no pagará más del 100% del monto del beneficio por enfermedad crítica. Cualquier enfermedad crítica que no esté específicamente incluida en la definición de enfermedad crítica no se paga bajo este anexo. La fecha de ocurrencia de la enfermedad crítica debe ocurrir en o después de la fecha de vigencia de la persona cubierta o la fecha de vigencia de la cláusula adicional, la que sea posterior, y mientras la cobertura esté vigente.

Grupo Dental (D-4)

Paga un beneficio basado en el porcentaje permitido y los cargos habituales, acostumbrados y razonables (UCR) al recibir la prueba de pérdida de los servicios y procedimientos dentales cubiertos incurridos para usted y sus dependientes elegibles que estén asegurados bajo la póliza / certificado. Los beneficios son pagaderos hasta el máximo del beneficio por cada año calendario. Los beneficios están sujetos a todos los deducibles aplicables, máximos y limitaciones contenidos en la póliza / certificado. Los beneficios solo se pagan por los servicios y procedimientos dentales cubiertos enumerados y los servicios y procedimientos dentales cubiertos se inician y completan mientras la persona está asegurada bajo la póliza.

Citar de Beneficios - Siempre que el costo estimado de un plan de tratamiento dental recomendado exceda \$ 300, el plan de tratamiento debe ser sometido a APL para su revisión antes de que comience el tratamiento. El plan de tratamiento debe ir acompañado de radiografías preoperatorias de apoyo y cualquier otro material de diagnóstico apropiado que nosotros o nuestros consultores dentales solicitamos. Le notificaremos a usted y al dentista asistente de los beneficios estimados pagaderos basados en el plan de tratamiento. Al determinar el monto de las prestaciones pagaderas, se dará consideración a procedimientos alternativos que puedan lograr un resultado profesionalmente satisfactorio.

Beneficios Alternos - A menudo hay más de un servicio que puede usarse para tratar un problema o enfermedad dental. Al determinar los beneficios pagaderos en una reclamación, se considerarán diferentes materiales y métodos de tratamiento. El monto pagadero se limitará al costo dental cubierto por el servicio menos costoso, que cumple con los estándares ampliamente aceptados de atención dental según lo determinado por APL. Usted y su dentista pueden decidir sobre un procedimiento o material más costoso que hemos determinado que es satisfactorio para el tratamiento de la condición. Pagaremos un beneficio por el costo del procedimiento o material más costoso. Sin embargo, el pago se limitará a los gastos dentales cubiertos sujetos a cualquier deducible o co-seguro, por el servicio menos costoso. No pagaremos el monto en exceso.

Beneficios para servicios temporales - Un servicio dental temporal será considerado parte integral del servicio dental final en lugar de ser un servicio separado. El beneficio combinado pagadero por un servicio temporal y el servicio dental final se limitará al máximo beneficio pagadero por el servicio dental final.

Separación - Cuando se realizan ciertos servicios dentales complicados, otros servicios menos extensos se realizan al mismo tiempo, como componentes del servicio primario. Para fines de beneficios bajo la póliza, estos servicios menos extensos se consideran componentes integrales del servicio primario. Incluso si el dentista factura por separado para el servicio primario y cada una de sus partes componentes, el beneficio total pagadero por todos los cargos relacionados se limitará al costo dental cubierto para el servicio primario.

Limitaciones - Algunos beneficios están sujetos a limitaciones. Consulte la lista de servicios y procedimientos dentales cubiertos en su póliza / certificado para obtener detalles completos.

Especificaciones de Cobertura para Productos Proporcionados por APL (American Public Life Insurance Company) ≠ continuaron

Terminación - La cobertura de seguro en virtud del Certificado y / o cualquier anexo adjunto para una Persona asegurada o sus Dependientes terminará de la siguiente manera: la fecha en que termina la Póliza; la fecha en que termina el Certificado; a fecha de vencimiento de la prima de renovación una vez finalizado el período de gracia si la prima sigue sin pagar; el final del Período del Certificado en el cual recibimos una solicitud por escrito de la Persona Asegurada para terminar su cobertura o la cobertura de su Dependiente; la fecha en que un dependiente ya no califica como dependiente elegible; o la fecha del fallecimiento de la Persona Asegurada o Dependiente. Podemos finalizar la cobertura de cualquier Persona asegurada que presente una reclamación fraudulenta.

Exclusiones - Los gastos dentales cubiertos no incluyen y no se proporcionan beneficios para lo siguiente: a) servicios que no están incluidos en la lista de servicios y procedimientos dentales cubiertos, los cuales no son servicios necesarios o para los cuales no se hubiese cobrado La ausencia de seguro; B) cualquier servicio que no se pueda razonablemente esperar para corregir con éxito la condición dental del paciente durante un período de al menos 3 años, según lo determine APL; C) las coronas, inlays, onlays, restauraciones de yeso u otras restauraciones preparadas en laboratorio sobre los dientes, que se pueden restaurar satisfactoriamente con un relleno de amalgama o resina compuesta; D) los aparatos, las incrustaciones, las restauraciones de colada, las coronas u otras restauraciones preparadas en el laboratorio utilizadas principalmente para la férula; E) cualquier servicio o aparato cuyo único o principal propósito se refiera al cambio o mantenimiento de la dimensión vertical; F) cualquier servicio prestado principalmente con fines cosméticos. Los revestimientos sobre coronas o unidades de puente sobre dientes molares siempre se considerarán cosméticos; G) la colocación inicial de una prótesis total removible o una prótesis parcial removible a menos que incluya la sustitución de un diente natural funcionante extraído mientras la persona esté asegurada bajo la póliza; H) la colocación inicial de una prótesis parcial fija, incluyendo un puente de Maryland, a menos que incluya la sustitución de un diente natural funcionando extraído mientras la persona esté asegurada bajo la póliza, siempre que el diente no fuera un pilar de una prótesis parcial existente que sea menor De 5 años de edad o a una prótesis parcial fija existente o puente de Maryland que es menor de 7 años de edad. Los beneficios son pagaderos solamente por el reemplazo de los dientes que fueron extraídos mientras la persona estaba asegurada bajo la póliza; I) sustitución de una prótesis parcial, dentadura completa o prótesis parcial fija (incluyendo un puente de Maryland) o la adición de dientes a una prótesis parcial a menos que: 1) el reemplazo ocurra al menos 5 años después de la fecha inicial de inserción de la prótesis total o parcial actual; 2) el reemplazo ocurra al menos 7 años después de la fecha inicial de inserción de una prótesis parcial fija existente o puente de Maryland; 3) la prótesis de reemplazo o la adición de un diente a una dentadura parcial se requiere por la extracción necesaria de un diente natural funcionando mientras la persona está asegurada bajo la póliza, siempre que el diente no fuera un pilar de una prótesis parcial existente que sea menor De 5 años de edad o de una prótesis parcial fija existente o un puente de Maryland que tenga menos de 7 años de edad; 4) el reemplazo es necesario por una lesión dental cubierta siempre que el reemplazo se complete dentro de los 6 meses de la lesión. Las lesiones de masticación no se consideran lesiones dentales cubiertas; J) la sustitución de coronas, restauraciones de yeso, incrustaciones, onlays u otras restauraciones preparadas en laboratorio dentro de los 7 años de la fecha de inserción; K) sustitución de un puente, prótesis parcial, dentadura completa, corona, restauración de yeso, incrustación, onlay u otra restauración preparada en laboratorio que pueda ser restaurada para funcionar; L) la sustitución de los dientes más allá del complemento normal de 32; M) colocación o extracción de implantes y todos los servicios relacionados; Y

n) coronas, dentaduras parciales fijas y cualquier prótesis dental para colocación sobre implantes o con el apoyo de éstos; O) La sustitución de una prótesis parcial removible existente por una prótesis parcial fija, a menos que sea necesario actualizar a una prótesis parcial fija para corregir la condición dental del Asegurado; P) protectores bucales deportivos; Terapia miofuncional; control de infección; Fijaciones de precisión o semipreciosas; Duplicación de dentaduras; Instrucción de higiene oral; Cargas separadas para grabado ácido; Tratamiento de fracturas de mandíbula; Cirugía ortognática; Exámenes requeridos por un tercero que no sea Nosotros, suministros personales (por ejemplo, pik de agua, cepillo de dientes, soporte de seda, etc.); O reemplazo de aparatos perdidos o robados; Q) Cargos por tiempo de viaje; costos de transporte; O asesoramiento profesional dado por teléfono; R) Tratamiento ortodóncico (a menos que la póliza incluya al jinete de gastos de ortodoncia); S) Servicios que son un gasto cubierto bajo cualquier otro plan que es proporcionado por el Tomador de la póliza y por el cual es elegible; T) Servicios prestados por un dentista que sea miembro de la familia de la persona asegurada. La familia de la persona asegurada está limitada a su cónyuge, hermanos, padres, hijos, abuelos y los hermanos y padres del cónyuge; U) Los gastos, incluidos los gastos accesorios, realizados por un hospital, un centro quirúrgico ambulatorio o una instalación similar; V) Todos los cargos que excedan los cargos usuales, acostumbrados y razonables por cualquier servicio o procedimiento dental cubierto; W) Cualquier cargo por citas no guardadas; X) Cualquier cargo por llenar los formularios de reclamación; Y) Los cargos por Servicios realizados o iniciados antes de la fecha en que la Persona Asegurada se aseguró bajo el presente; O las cargas incurridas después de la terminación del seguro; z) El costo de los productos farmacéuticos; aa) ATM (temporamandibular Conjunta) tratamiento o servicios o suministros prestados para la reconstrucción de toda la boca o la corrección dimensión vertical a menos que la política incluye el gasto del jinete de la ATM; bb) El tratamiento dental no ha sido aprobado por la Asociación Dental Americana, o lo que es claramente de naturaleza experimental; cc) Los servicios o suministros prestados para la planificación de la dieta para el control de la caries dental, la placa o de instrucción de higiene oral; dd) Servicios o suministros proporcionados por o pagados por cualquier gobierno o el gobierno emplean Dentista, a menos que la persona afectada es un recipiente de Medicaid y / o está legalmente obligado a pagar por tales servicios o suministros; ee) Cualquier tratamiento no prescrito por un dentista o médico o no médico realizado por un odontólogo; ff) los dientes ausencia congénita a menos que se extrae un diente de leche retenido mientras la persona está asegurado; gg) anestésico local como una tarifa por separado; hh) Cualquier cargo por un servicio realizado fuera de los Estados Unidos que no sea para tratamiento de emergencia. Beneficios para tratamiento de emergencia a cabo fuera de los Estados Unidos se limitan a un máximo de \$ 100 por año; ii) Cualquier cargo por un servicio requerido como resultado de una enfermedad o lesión que se debe a la guerra o un acto de guerra (declarada o no); tomar parte en una insurrección o motín; cometer o intentar cometer un delito; un suicidio autoinfligidas intencionalmente lesiones o intentó sano juicio o no; jj) Cualquier cargo por un servicio por el cual los beneficios están disponibles bajo la Compensación del Trabajador o un Enfermedades Ocupacionales; Ley, incluso si la persona asegurada no compró la cobertura que está disponible para él / ella; kk) Cualquier servicio para el que no se requiere que la persona asegurada a pagar menos que el pago de beneficios es obligatoria por ley y sólo en la medida requerida por la ley; ll) Cualquier plan de tratamiento que implica la reconstrucción de toda la boca por la eliminación y restablecimiento de los contactos oclusales de 10 o más dientes con restauraciones, coronas, onlays, incrustaciones, dentaduras parciales fijas, prótesis dentales, o cualquier combinación de estos servicios. Jinete de póliza.

Seguro de Vida a Término de Grupo con Muerte y Desmembramiento Accidental (AD & D)

Sujeto a todas las provisiones contenidas en la póliza, los beneficios pagaderos en una cantidad a su muerte serán el monto del beneficio, menos cualquier prima vencida y no pagada, más la porción de cualquier prima pagada que se aplique a un período más allá del período de fallecimiento. Más el monto del seguro proporcionado por los corredores adjuntos, si corresponde. A la edad de 65 años, los beneficios se reducirán en un 25% del monto del beneficio original. A la edad de 70 años, los beneficios se reducirán aún más en un 25% adicional para una reducción total del 50% del monto del beneficio original. La póliza y los corredores adjuntos no tienen valor en efectivo.

Conversión - La cobertura proporcionada bajo el certificado puede convertirse en una póliza individual en la vida de una persona cubierta si ninguna prima está en defecto en ese momento. No se requerirá evidencia de asegurabilidad. Si la cobertura terminó por cualquier razón que no sea la falta de pago de la prima, la cobertura se puede convertir durante uno de los siguientes períodos de conversión: dentro de los 31 días a partir de la fecha en que la cobertura sea cancelada por el asegurado o por nosotros; Dentro de 31 días a partir de la fecha en que la persona cubierta deja de ser un asegurado o dependiente elegible; Dentro de los 31 días de la fecha en que el seguro de vida de la persona cubierta se reduce debido al logro de una edad especificada, el empleado cambia de una clase elegible a otra o un cambio de política; O dentro de 31 días a partir de la fecha de continuación, si alguna termina.

Provisión de suicidio - No pagaremos los ingresos si la persona cubierta se suicida, mientras esté cuerda o loca, dentro de un año durante la vida de la persona cubierta. En su lugar, devolveremos todas las primas pagadas menos cualquier endeudamiento.

Terminación de Cobertura - La cobertura de seguro para una persona cubierta cesará en la fecha más temprana de estas fechas: la fecha en que este certificado termina, la fecha en que el asegurado solicita terminar la cobertura para un dependiente elegible, la fecha en que la persona cubierta ya no califica como Un asegurado o dependiente elegible o la fecha de la muerte de la persona cubierta. Podemos cancelar la cobertura de cualquier persona que presente una reclamación fraudulenta.

Muerte Accidental y Desmembramiento - Pagaremos la indemnización por muerte accidental indicada en el cronograma de seguro en el certificado en el momento de la reclamación de acuerdo con los términos de la póliza / certificado y este jinete. Debemos recibir pruebas de que la muerte de la persona cubierta resultó de una lesión corporal accidental, la muerte de la persona cubierta ocurrió dentro de los 180 días de la fecha de la lesión y la lesión corporal accidental que causó la muerte de la persona cubierta ocurrió mientras la póliza y este jinete Estaban en vigor. Este piloto no tiene valor en efectivo en ningún momento.

Limitaciones y Exclusiones - No se pagarán beneficios bajo este corredor si la muerte de la persona cubierta resulta directa o indirectamente de cualquiera de las siguientes causas: guerra o cualquier acto causado por guerra mientras la persona cubierta está en servicio militar; Cualquier intento de suicidio o lesión intencionalmente autoinfligida, mientras sea sano o insano; Participación activa en un motín o insurrección; Tomar voluntariamente cualquier medicamento, a menos que sea administrado por un médico y tomado de acuerdo con las instrucciones del médico; Tomar voluntariamente cualquier tipo de veneno o inhalar cualquier tipo de gas o humos, a menos que sea resultado directo de un accidente de trabajo; Cometer o intentar cometer un delito grave; Enfermedad o dolencia de la mente o del cuerpo, o tratamiento médico o quirúrgico de dicha enfermedad o dolencia; O infección que no ocurre como un resultado directo o consecuencia de la lesión corporal accidental. La suma de todos los pagos efectuados bajo este corredor para una persona cubierta no excederá el monto del beneficio de jinete para esa persona cubierta que se muestra en la lista de seguro en el certificado.

Terminación de Cobertura - La cobertura de seguro para una persona cubierta cesará en la fecha más temprana de estas fechas: la fecha en que termina este pasajero, la fecha en que se pagó la totalidad de muerte accidental y desmembramiento por esa persona cubierta, El fin del período de gracia si la prima para esa persona cubierta permanece sin pagar, la fecha en que el asegurado solicita terminar la cobertura para un dependiente elegible, la fecha en que la persona cubierta ya no califica como asegurado o dependiente elegible, Fecha de la muerte de la persona cubierta.

La cobertura de AD & D se aplica a Empleados Solamente.

Suscrita por American Public Life Insurance Company. Las páginas anteriores son una breve descripción de cada cobertura. **Estos productos no son apropiados para las personas que son elegibles para la cobertura de Medicaid.** Las políticas se consideran un plan de beneficios de previsión social establecido y / o mantenida por una asociación o empleador destinado a ser cubierto por ERISA, y serán administradas y ejecutadas bajo ERISA. Las pólizas grupales emitidas a entidades gubernamentales y municipios pueden estar exentas de la ERISA. APL es responsable sólo por las pérdidas relacionadas con los productos de asegurados y no será responsable de las pérdidas relacionadas con los planes autofinanciados APL.

≠ **Los productos de APL no están diseñados para cumplir con los mínimos requisitos de cobertura esenciales de la Ley de Cuidado de Salud Asequible.**

Especificaciones de cobertura de los productos proporcionados por MetLife

Visión

Descargo de responsabilidad: Todas las determinaciones finales de beneficios, administrativos deberes y las definiciones se rigen por el Certificado de Seguro para su plan de la vista.

Especificaciones de cobertura para productos proporcionados por Benefits in a Card

Virtual Urgent Care

Es posible que se apliquen requisitos de telesalud adicionales o diferentes en ciertos estados. Los proveedores de atención médica autorizados ofrecen servicios clínicos a través de consultorios médicos y otros proveedores de la red. Para emergencias llame al 911. Esto no es un seguro.



Benefits in a Card™ Powered By
Benefits Wizard

800.497.4856
www.mybiac.com/associatedstaffing



800.256.8606
ampublic.com



855.638.3931
www.metlife.com/mybenefits



Benefits in a Card™

800.497.4856
virtualcare.benefitsinacard.com



888.837.3379
www.freerx.com