



*Assist, Inc.*

# *Resumen de Beneficios 2017*

## 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. Solo están cubiertos al 100% por medio de proveedores dentro de la red.

Incluidos  
Vea el Resumen de Beneficios MEC

## PROGRAMA DE DESCUENTOS FARMACEUTICOS

Empleados y sus dependientes pagan el costo menor entre lo usual y customario de la farmacia o la tarifa de contrato. Los descuentos están disponibles para medicamentos genéricos y de nombre de marca. Medicamentos contraceptivos están incluidos. Reciba ahorros instantáneos de hasta 85% en todos los medicamentos aprobados por la FDA (de marca y genéricos) en la farmacia al momento de facturación. No se requieren formas de facturación. Prescripciones por suministros para 30 días pueden ser llenadas en mas de 58,000 farmacias participantes a lo largo del país, incluyendo todas las cadenas nacionales y más de 90% de las farmacias independientes. Su descuento también puede aplicar para ciertos medicamentos de venta libre, suministros para diabéticos que tienen un NDC (Código Nacional de Droga), e incluso para ciertos medicamentos para mascotas que tienen medicamentos equivalentes para humanos. Para ahorros adicionales también puede utilizar nuestra farmacia de orden por correo para suministros de 90 días. Para aprender más acerca de los beneficios o para localizar una farmacia participante, llame al (844) 636-7506 o visite [www.healthcarehighwaysrx.com](http://www.healthcarehighwaysrx.com).

Incluido

## RED PARA BENEFICIOS PREVENTIVOS DE PHCS

Las personas cubiertas necesitan obtener los servicios preventivos por medio de proveedores que participant en la Red PPO Para Beneficios Preventivos de PHCS para que estén cubiertos al 100%. Para localizar proveedores participantes llame al (888) 371-7427 o visite [www.multipan.com/chcmec](http://www.multipan.com/chcmec).

Incluido

*Por favor note que este plan solo cubre servicios preventivos en conformidad con el Affordable Care Act.*

*Para aprender más visite [www.healthcare.gov](http://www.healthcare.gov)*

*Los servicios preventivos solo serán cubiertos al 100% cuando **utilize proveedores dentro de la red.***

Departamento de Servicio al Cliente de Century Healthcare  
(877) 685-2432  
Lunes-Viernes; 7:00 AM – 7:00 PM CST

### Portal en la Red para el Cliente

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

[www.centuryhealthcare.com](http://www.centuryhealthcare.com)

Usuario: CHC5237

Contraseña: assistemp



## 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 temporales de identificación)

[www.centuryhealthcare.com](http://www.centuryhealthcare.com)

Usuario: CHC5237

Contraseña: assistemp



### Red para Beneficios Limitados de PHCS

[www.multiplan.com/chc](http://www.multiplan.com/chc)

(888) 371-7427



### Healthcare Highways Rx

[www.healthcarehighwaysrx.com](http://www.healthcarehighwaysrx.com)

Pharmacy Customer Service (844) 636-7506

Mail Order Number: (844) 636-7506

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

*Todos los beneficios excepto Accidente Médico y Muerte Accidental y Desmembramiento 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 1/1/2017*

## 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.

### Visitas a la Oficina del Doctor

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

### Laboratorio y Rayos-X Ambulatorios

Beneficios pagados por exámenes de laboratorio y rayos-x ambulatorios cuando son ordenados por un doctor y practicados por un técnico con la licencia apropiada.

### Estudios Avanzados

Limitado a CT Scan, PET Scan y MRI.

### Sala de Emergencia

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

### Beneficios de Cirugía de Internación/Ambulatoria

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

### Beneficios de Anestesia de Internación/Ambulatoria

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

### Beneficios por Cirugía Menor Ambulatoria

Beneficios pagados si una persona cubierta es sometida a una cirugía menor ambulatoria como es definida en la póliza.

### Ambulancia

Beneficios pagados en caso de que una persona cubierta requiera transportación en una ambulancia al hospital mas cercano para el tratamiento de una lesión o enfermedad cubierta.

### Confinamiento en Hospital

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

### 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.

### Confinamiento en la Unidad de Terapia Intensiva

Paga en lugar del beneficio por confinamiento en hospital.

### Confinamiento por Abuso de Substancia

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

### Confinamiento por Enfermedad o Desorden Mental

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

### 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.

### Accidente Médico

(Deducible de \$100 por accidente)

### Muerte Accidental y Desmembramiento

Empleado

Conyuge

Hijo(s)

### Beneficios Farmacéuticos

#### Programa de Descuentos

Empleados y sus dependientes pagan el costo menor entre lo usual y customario de la farmacia o la tarifa de contrato. Los descuentos están disponibles para medicamentos genéricos y de nombre de marca. Medicamentos contraceptivos están incluidos. Reciba ahorros instantáneos de hasta 85% en todos los medicamentos aprobados por la FDA (de marca y genéricos) en la farmacia al momento de facturación. No se requieren formas de facturación. Prescripciones por suministros para 30 días pueden ser llenadas en mas de 58,000 farmacias participantes a lo largo del país, incluyendo todas las cadenas nacionales y más de 90% de las farmacias independientes. Su descuento también puede aplicar para ciertos medicamentos de venta libre, suministros para diabéticos que tienen un NDC (Código Nacional de Droga), e incluso para ciertos medicamentos para mascotas que tienen medicamentos equivalentes para humanos. Para ahorros adicionales también puede utilizar nuestra farmacia de orden por correo para suministros de 90 días.

### 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

## Valor

Cubiertos al 100% con proveedores dentro de la red

Plan paga \$75 por día  
(4 días)

Plan paga \$100 por día  
(2 días)

Plan paga \$500 por día  
(1 día)

Plan paga \$200 por día  
(1 día)

Internación: Plan paga \$750  
Ambulatoria: Plan paga \$350  
(1 cirugía IP o 1 OP)

Internación: Plan paga \$187.50  
Ambulatoria: Plan paga \$87.50

Plan paga \$75 por día  
(1 día)

Plan paga \$500 por día  
(1 día)

Plan paga \$400 por día  
(30 días)

Incluido

Plan paga \$800 por día  
(30 días)

Plan paga \$200 por día  
(30 días)

Plan paga \$200 por día  
(30 días)

Plan paga \$200 por día  
(30 días)

Hasta \$5,000 por accidente

\$15,000

\$7,500

\$3,000

Programa de Descuentos

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](http://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 medicos, incluyendo:
  - ✓ Presión sanguínea
  - ✓ Diabetes
  - ✓ Exámen de colesterol
- Varios chequeos de detección de cancer, incluyendo:
  - ✓ Cancer cervical
  - ✓ Cancer de seno
  - ✓ Cancer colorectal
- Métodos contraceptivos (FDA):
  - ✓ Métodos contraceptivos aprobados
  - ✓ Procedimientos de esterilización
  - ✓ Educación y consejería al paciente (Contraceptivos cubiertos no incluyen abortifacientes)
- Consejería en temas como:
  - ✓ Obesidad y comer saludable
  - ✓ Tratamiento de depression
  - ✓ Alcohol y drogas
  - ✓ Dejar de fumar
  - ✓ Violencia doméstica e interpersonal
  - ✓ Enfermedades de transmission sexual

## 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](http://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](http://www.centuryhealthcare.com) para revisar el resumen de description del plan (SPD).





Envíe esta forma a su empleador una vez completa.

## 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: Assist, Inc. No. de Grupo de CHC CHC5237

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: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Estado Civil: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Legalmente Separado <input type="checkbox"/> Viudo		

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

MEC Basico	Costo Semanal	Plan Valor (MEC Plus)	Costo Semanal
<input type="checkbox"/> Empleado Solamente	\$0.00	<input type="checkbox"/> Empleado Solamente	\$17.08
<input type="checkbox"/> Empleado + Conyuge	\$2.91	<input type="checkbox"/> Empleado + Conyuge	\$36.83
<input type="checkbox"/> Empleado + hijo(s)	\$3.72	<input type="checkbox"/> Empleado + hijo(s)	\$34.87
<input type="checkbox"/> Empleado + Familia	\$7.11	<input type="checkbox"/> Empleado + Familia	\$62.49

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? \_\_\_\_\_

<input type="checkbox"/> Conyuge <input type="checkbox"/> Hijo	Nombre completo del dependiente::	SSN:	Fecha de Nacimiento:	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
<input type="checkbox"/> Conyuge <input type="checkbox"/> Hijo	Nombre completo del dependiente::	SSN:	Fecha de Nacimiento:	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
<input type="checkbox"/> Conyuge <input type="checkbox"/> Hijo	Nombre completo del dependiente::	SSN:	Fecha de Nacimiento:	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
<input type="checkbox"/> Conyuge <input type="checkbox"/> Hijo	Nombre completo del dependiente::	SSN:	Fecha de Nacimiento:	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> 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 periodo de inscripción abierta o por un cambio en circunstancias 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

## 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](mailto: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 1-844-396-0188]。 (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)

---

إذا كان لديكم ك لند شخص تساعاً هـسئلة بخصـو خطة لصحة، هـذه فـلديا كـلحق فيا لـحصـلو عـلى لـمساعـاو ؤـدمـلـمـوعـومات الـضرورية بـلغـتـك ما نود نية تكلفـة للـتـحـث مع مترجا مـتـصب لـ 1-844-396-0189 (Arabic)

Si ou menm oswa yon moun w ap ede gen kesyon konsènan plan sante sa a, se dwa w pou resevwa asistans ak enfòmasyon nan lang ou pale a, san ou pa gen pou peye pou sa. Pou pale avèk yon entèprèt, rele nan 1-844-398-6232. (French/Haitian Creole)

---

Si vous, ou quelqu'un que vous êtes en train d'aider, a des questions à propos de ce plan médical, vous avez le droit d'obtenir de l'aide et l'information dans votre langue à aucun coût. Pour parler à un interprète, appelez 1-844-396-0190. (French)

---

Jeśli Ty lub osoba, której pomagasz, macie pytania odnośnie planu ubezpieczenia zdrowotnego, masz prawo do uzyskania bezpłatnej informacji i pomocy we własnym języku. Aby porozmawiać z tłumaczem, zadzwoń pod numer 1-844-396-0186. (Polish)

---

Se você, ou alguém a quem você está ajudando, tem perguntas sobre este plano de saúde, você tem o direito de obter ajuda e informação em seu idioma e sem custos. Para falar com um intérprete, ligue para 1-844-396-0182. (Portuguese)

---

Se tu o qualcuno che stai aiutando avete domande su questo piano sanitario, hai il diritto di ottenere aiuto e informazioni nella tua lingua gratuitamente. Per parlare con un interprete, puoi chiamare 1-844-396-0184. (Italian)

---

あなた、またはあなたがお世話をされている方が、この健康保険についてご質問がございましたら、ご希望の言語でサポートを受けたり、情報を入手したりすることができます。料金はかかりません。通訳とお話される場合、1-844-396-0185 までお電話ください。 (Japanese)

---

Falls Sie oder jemand, dem Sie helfen, Fragen zu diesem Krankenversicherungsplan haben bzw. hat, haben Sie das Recht, kostenlose Hilfe und Informationen in Ihrer Sprache zu erhalten. Um mit einem Dolmetscher zu sprechen, rufen Sie bitte die Nummer 1-844-396-0191 an. (German)

---

شما یا فرید که به او کمک می کنید سؤالاتی رد با یهرین برنامه ی بهداشتی  
رذاشید، کتیدا. بنیراد طعبد کرد کمک امورجم، لطفه لب با فمخوار د 1-844-398-6233 گانا تمان کمال  
ادشته  
(Persian-Farsi)

---