

# Guía de Beneficios para Empleados

## Elite Staffing Inc. Personal Temporal



elitestaffing

*January 1st, 2025*

# Aviso de póliza de indemnización hospitalaria

**IMPORTANTE: Esta es una póliza de indemnización fija,  
NO un seguro de salud.**

Es posible que esta póliza de indemnización fija le pague un monto limitado en dólares si está enfermo u hospitalizado. Usted sigue siendo responsable del pago del costo de su atención.

- El pago que recibe no se basa en el importe de su factura médica.
- Es posible que esta póliza tenga un límite de pago anual.
- Esta póliza no sustituye a un seguro de salud integral.
- Como esta póliza no es un seguro de salud, no tiene la obligación de incluir la mayoría de las protecciones federales al consumidor que se aplican a los seguros de salud.

## **¿Está buscando un seguro de salud integral?**

• **Visite [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov)** o llame al **1-800-318-2596** (TTY: 1-855-889-4325) para consultar sobre las opciones de cobertura de salud.

• Para averiguar si puede obtener un seguro de salud mediante su trabajo o el trabajo de un familiar, comuníquese con el empleador.

## **¿Tiene preguntas sobre esta póliza?**

• Si tiene preguntas o quejas sobre esta póliza, comuníquese con el Departamento estatal de Seguros. Encuentre su número en el sitio web de la Asociación Nacional de Comisionados de Seguro ([naic.org](https://naic.org)) en la sección "Insurance Departments" (Departamentos de Seguros).

• Si obtuvo esta póliza mediante su trabajo o el trabajo de un familiar, comuníquese con el empleador.

# Seguro Médico



# Seguro Médico | Sistema de beneficios para aliados

Los empleados recién contratados se inscribirán automáticamente en el **plan MEC Preventivo**. Si desea inscribirse en otro plan o renunciar a la cobertura, debe llamar al 866.627.7509

| Elección de opciones de planes:                                                                                                                                           | MEC Preventive                                     | MEC Blue                                           | PPO                                                                    | PPO Platinum                                                           |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|
| <b>Red</b>                                                                                                                                                                | <b>Multiplan</b>                                   | <b>Multiplan</b>                                   | <b>PHCS</b>                                                            | <b>PHCS</b>                                                            |
| <b>Deducible</b><br>Individual (dentro de la red/<br>fuera de la red)<br>Familiar (dentro de la red/<br>fuera de la red)                                                  | \$0 / No cubierto<br>\$0 / No Cubierto             | \$0 / No cubierto<br>\$0 / No cubierto             | \$5,000 / \$5,000<br>\$12,700 / \$12,700                               | \$2,000 / \$2,000<br>\$4,000 / \$4,000                                 |
| <b>Coseguro</b><br>Dentro de la red /<br>Fuera de la red                                                                                                                  | 100% / No cubierto                                 | 100% / No cubierto                                 | 80% / 60%                                                              | 80% / 60%                                                              |
| <b>Máximo pago de bolsillo</b><br>Individual (dentro de la red/<br>fuera de la red)<br>Familiar (dentro de la red /<br>fuera de la red)                                   | Ilimitado / No cubierto<br>Ilimitado / No cubierto | Ilimitado / No cubierto<br>Ilimitado / No cubierto | \$6,250 / \$12,500<br>\$12,700 / \$25,400                              | \$4,000 / \$8,000<br>\$8,000 / \$16,000                                |
| <b>Servicios médicos (dentro de la red)</b><br>Adultos sanos / Niños sanos<br>Consultorio médico /<br>Visitas al especialista<br>Rayos X / Diagnósticos<br>de laboratorio | 100%<br>No cubierto<br>No cubierto                 | 100%<br>100%<br>100%                               | 100%<br>80 % después<br>del deducible<br>80 % después<br>del deducible | 100%<br>80 % después del<br>deducible<br>80 % después del<br>deducible |
| <b>Sala de emergencias</b>                                                                                                                                                | No cubierto                                        | 100%                                               | 80 % después<br>del deducible                                          | \$200 copago                                                           |
| <b>Atención de urgencia (dentro de la red)</b>                                                                                                                            | No                                                 | 100%                                               | 80 % después<br>del deducible                                          | 80 % después del<br>deducible                                          |
| <b>Medicamentos recetados (dentro de la red)</b>                                                                                                                          | 100%                                               | \$5 / \$40 / No cubierto                           | 80 % después del<br>deducible                                          | \$10 / \$35 / \$60                                                     |

## Cómo localizar un proveedor

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

Comience su búsqueda visitando [www.multiplan.com](http://www.multiplan.com) para ubicar un proveedor de red cerca de usted.

**Paso 1**

Visite [www.multiplan.com](http://www.multiplan.com) y seleccione la opción **"Find a Provider"** ("encuentre un proveedor")

**Paso 2**

Haga clic en **"Select Network"** ("Seleccionar la red")

**Paso 3**

Haga clic en la opción **"Multiplan"** y luego seleccione **"Limited Benefit Plan"** ("Plan de beneficios limitados")



**Paso 3**

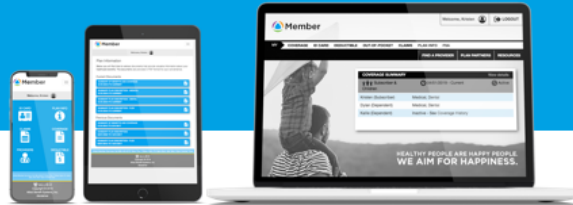
Haga clic en **"PHCS"** y luego seleccione **"I don't see any of these statements"** ("No veo ninguna de estas declaraciones"). Haga clic en **"Front"** (frente) o **"Back"** (atrás) según la ubicación del logotipo en su tarjeta de identificación.

**Paso 4**

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

## Portal de miembros

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



### View Plan Benefit Information

**Plan Information**

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

| Current Documents                                                        | Previous Documents                                                        |
|--------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|
| <a href="#">SUMMARY OF BENEFITS AND COVERAGE EXISTENCE TO CURRENT</a>    | <a href="#">SUMMARY OF BENEFITS AND COVERAGE EXISTENCE TO 03/31/2017</a>  |
| <a href="#">SUMMARY PLAN DESCRIPTION - MEDICAL 01/01/2018 TO CURRENT</a> | <a href="#">SUMMARY PLAN DESCRIPTION EXISTENCE TO 12/31/2017</a>          |
| <a href="#">SUMMARY PLAN DESCRIPTION - DENTAL 01/01/2018 TO CURRENT</a>  | <a href="#">SUMMARY PLAN DESCRIPTION - DENTAL EXISTENCE TO 12/31/2017</a> |
| <a href="#">SUMMARY PLAN DESCRIPTION - PLUS EXISTENCE TO CURRENT</a>     | <a href="#">SUMMARY PLAN DESCRIPTION - PLUS EXISTENCE TO 12/31/2017</a>   |



### Access Your ID Card

**Subscriber ID Card**

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

**Subscriber Info**

Subscriber: ID Group  
Group #: 0001  
Subscriber: KRISTEN BROWN  
Subscriber ID: 00014009

**Prescription Plan**

Plan Name: PREFERRED  
Formulary: PREFERRED  
Formulary ID: 00014009

**Medical Plan**

Plan Name: PREFERRED  
Formulary: PREFERRED  
Formulary ID: 00014009

**Other Plans**

Plan Name: PREFERRED  
Formulary: PREFERRED  
Formulary ID: 00014009

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



### Check Deductible & Out of Pocket Spend



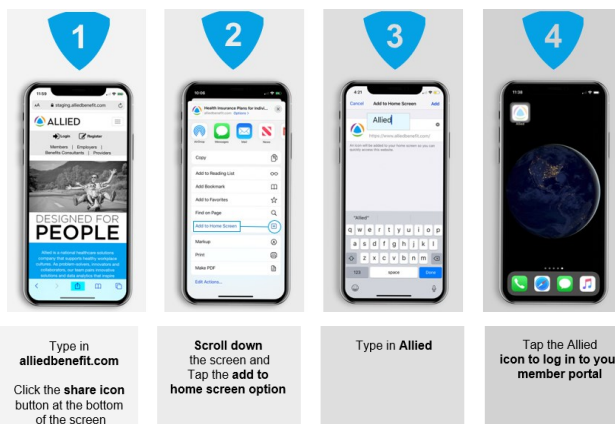
### Find In-Network Providers

**Find a Provider**

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

**MEDICAL PROVIDER NETWORK** [FIND](#)

Acceda a su portal de miembros desde su dispositivo móvil



# Seguro dental



# Seguro dental | Ameritas

## Organización de proveedores preferidos (PPO)

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

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

### Preventiva:

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

### Atención Básica

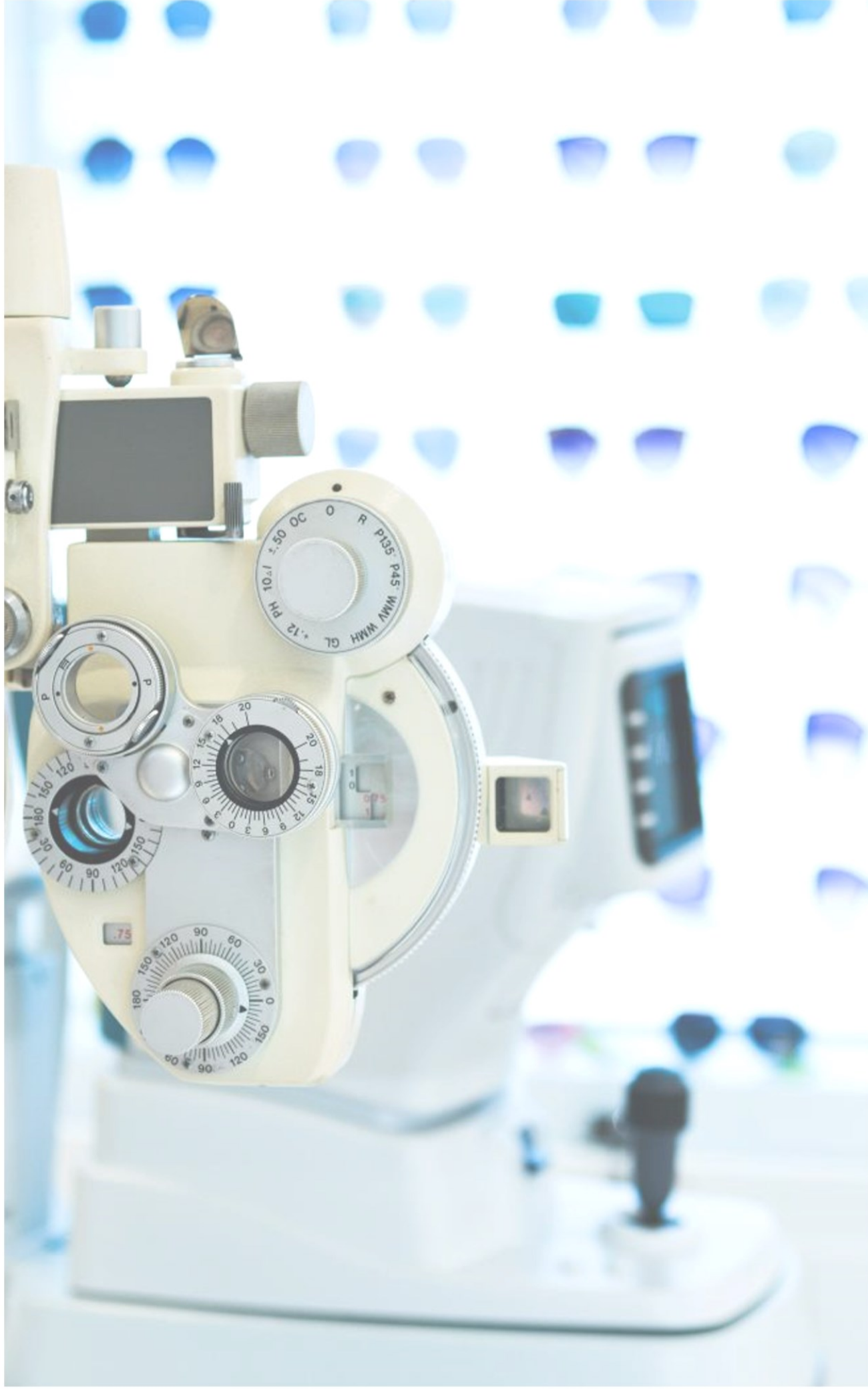
- Obturaciones
- Extracciones simples
- Endodoncia y Periodoncia no quirúrgica
- Endodoncia y Periodoncia quirúrgica

### Servicios Más Importantes

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

| Plan Odontológico                   | Dental Low PPO<br><i>Dentro de la Red / Fuera de la Red</i> |
|-------------------------------------|-------------------------------------------------------------|
| Red                                 | Ameritas Network                                            |
| Deducible<br>(por cabeza)           | \$50                                                        |
| Atención Preventiva                 | 80%                                                         |
| Atención Básica                     | 50%                                                         |
| Servicios Más Importantes           | 50%                                                         |
| Beneficio Máximo por Año Calendario | \$1,000 / \$1,000                                           |

# Seguro de visión



# Seguro de visión | Blue Cross Blue Shield

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

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

| Costo                                                                        | Frecuencia              | En red                                                          | Fuera de la red          |
|------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|-----------------------------------------------------------------|--------------------------|
| Examen                                                                       | Una vez cada 12 meses   | Copago de \$10                                                  | Reembolso de hasta \$45  |
| Lentes<br>- Lentes Unifocales<br>- Bifocales<br>- Trifocales<br>- Lenticular | Una vez cada 12 meses*  | Copago de \$25                                                  | Asignación varía         |
| Lentes de Contacto: por Indicación Medica                                    | Una vez cada 24 meses   | Bonificación de \$130;<br>20% de descuento en el saldo restante | Reembolso de hasta \$70  |
| Lentes de Contactto: por Elección                                            | Una vez cada 12 meses** | Reembolso de hasta \$130                                        | Reembolso de hasta \$105 |

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

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

# Beneficios adicionales



## Seguro de accidentes | Allstate

El seguro de accidentes proporciona beneficios para ayudar a cubrir los gastos asociados a facturas inesperadas debidas a accidentes cubiertos, independientemente de cualquier otro seguro que tenga. Si contrata la cobertura y resulta herido en un accidente cubierto, recibirá un beneficio en metálico por las lesiones cubiertas que podrá gastar como desee.

### Beneficio económico según el tipo de accidente

Beneficio por muerte: \$20,000.

### Ingreso hospitalario:

\$750 sin UCI

\$750 con UCI

### Beneficio hospitalario diario:

\$150 sin UCI

### Ejemplos de lesiones cubiertas:

- Fractura de huesos
- Quemaduras
- Rotura de ligamentos
- Cortaduras que requieren puntos
- Lesiones oculares
- Rotura de disco
- Conmoción cerebral

## Enfermedad Grave | Allstate

El Seguro de Enfermedad Grave proporciona dinero en efectivo para ayudar a pagar tanto los gastos médicos no cubiertos por su plan médico como los gastos cotidianos que pueden empezar a acumularse, como el alquiler, la hipoteca, los pagos del automóvil, etc., mientras está enfermo. Con el Seguro de Enfermedad Grave, si se le diagnostica una enfermedad cubierta por el seguro, recibirá un beneficio en metálico con un pago único, aunque perciba otros beneficios del seguro.

El beneficio inicial consiste en el pago de una suma única desde el primer diagnóstico de una enfermedad cubierta. Su plan abona un beneficio por recurrencia en porcentajes variables según el tipo de enfermedad grave cubierta.

### Beneficio máximo:

Opcion 1: \$10,000

Opcion 2: \$20,000

Opcion 3: \$30,000

### Ejemplos de enfermedades cubiertas:

- Cáncer
- Infarto de miocardio
- Insuficiencia orgánica grave
- Insuficiencia renal terminal
- Cirugía de revascularización coronaria
- Accidente cerebrovascular

## Indemnización Hospitalaria | Allstate

El Seguro de Indemnización Hospitalaria proporciona un pago único fijo que puede ayudar a cubrir los gastos hospitalarios no cubiertos por el seguro, o para pagar los gastos mientras usted, su cónyuge o los dependientes se encuentran en el hospital. Este beneficio lo paga el empleado.

### Beneficio por ingreso hospitalario:

Opcion 1: \$500

Opcion 2: \$1,000

### Beneficio hospitalario diario:

\$100 sin UCI

\$150 con UCI (aplica límite)

## Toda la vida | Allstate

Group Whole Life Complete ofrece un Beneficio Acelerado por Fallecimiento para Cuidado aLargo Plazo, con Cláusula de Restauración de Beneficios y Extensión de Beneficios.

- Seguro de vida entera tradicional, que paga un beneficio en efectivo a sus beneficiarios cuando usted fallece
- Acceso al beneficio por fallecimiento para ayudar a pagar cualquier cuidado a largo plazo necesario
- Valor en efectivo acumulado, al que se puede acceder cuando sea necesario

# Información de contacto



# Información del contacto

## Medica

|                    |                                                                  |
|--------------------|------------------------------------------------------------------|
| Cubertura          | Allied Benefit Systems                                           |
| Sitio Web          | <a href="http://www.alliedbenefit.com">www.alliedbenefit.com</a> |
| Número de teléfono | 800.255.2078                                                     |
| Red                | MultiPlan or PHCS                                                |
| Número de grupo    | A16111                                                           |

## Dental

|                    |                                                        |
|--------------------|--------------------------------------------------------|
| Cubertura          | Ameritas                                               |
| Sitio Web          | <a href="http://www.amertias.com">www.amertias.com</a> |
| Número de teléfono | 800.487.5553                                           |
| Red                | Ameritis Network                                       |
| Número de póliza   | 010-039376                                             |

## Accident, Critical Illness, Hospital, Whole Life

|              |                                                                                                         |
|--------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Carrier      | Allstate                                                                                                |
| Website      | <a href="https://allstatevoluntary.com/elitestaffing/">https://allstatevoluntary.com/elitestaffing/</a> |
| Phone Number | 888-282-2550                                                                                            |

## Vision

|                    |                                                                                            |
|--------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|
| Cubertura          | Blue Cross Blue Shield                                                                     |
| Sitio Web          | <a href="http://www.eyemedvisioncare.com/bcbsilvis">www.eyemedvisioncare.com/bcbsilvis</a> |
| Número de teléfono | 800.367.6401                                                                               |
| Red                | Eyemed Vision Care                                                                         |
| Número de póliza   |                                                                                            |

## Recursos Humanos

|                                 |                                                                      |
|---------------------------------|----------------------------------------------------------------------|
| Contacto                        | Reyna Villasenor                                                     |
| Dirección de correo electrónico | <a href="mailto:reyna@elitestaffing.com">reyna@elitestaffing.com</a> |
| Número de teléfono              | 312.334.0113                                                         |



NOTE: This Benefits Summary is merely intended to provide a brief overview of your employer's employee benefit programs. Employees should review the employee handbook and actual plan documents for the precise terms of such programs. In the event of any inconsistency between this Benefits Summary and such governing documents, the governing documents will control. Your employer reserves the sole and absolute discretion and right to interpret, apply, amend, discontinue or terminate, without prior notice, any and all of the benefit programs referenced herein. Voluntary plans are individual policies and are not considered sponsored or endorsed plans by your employer. See a benefit counselor for your customized quote for any additional benefit programs.