ACTION GROUP STAFFING

EMPLOYEE BENEFITS

ESC DENTEMAX EyeMed VISION CARE

2023

Benefit Enrollment Guide

For assistance with benefit questions, claims, and billing inquiries call the Member Services Line at ***1-866-798-0803.***

Resumen de beneficios limitados

WEEKLY RATES

EMPLOYEE ONLY
$15.98

EMPLOYEE+CHILDREN
$26.54

EMPLOYEE+SPOUSE
$30.36

EMPLOYEE+FAMILY
$40.44

ESC FIXED INDEMNITY PLAN

- **Opciones de beneficios médicos, recetados, dentales y de la vista disponibles.**
- **SIN deducibles en gastos médicos.**
- **SIN copagos.**
- **SIN preguntas de salud, emisión garantizada.**
- **SIN período de espera en el médico.**
- **SIN limitaciones de condiciones preexistentes.**
- **SIN horario quirúrgico.**
- **Incluye beneficios para pacientes hospitalizados y ambulatorios.**
- **Deducción de nómina semanal.**
- **Primera Red de Salud.**

MINIMUM ESSENTIAL COVERAGE (MEC)

- **Cubre los beneficios obligatorios de ACA**
- **Cubre beneficios para adultos, niños y mujeres.**
- **Incluye prestaciones por maternidad.**
- **Califica como cobertura esencial mínima.**
- **Brinda cobertura para servicios preventivos.**
- **Los servicios incluyen vacunas y exámenes de salud de rutina.**
- **Cubre el 100 % del costo de los servicios cuando está dentro de la red.**
- **Primera Red de Salud.**

WEEKLY RATES

EMPLOYEE ONLY
$13.42

EMPLOYEE+CHILDREN
$15.18

EMPLOYEE+SPOUSE
$16.38

EMPLOYEE+FAMILY
$18.66

1todos los beneficios para pacientes ambulatorios están sujetos al máximo para pacientes ambulatorios 2 cubre el tratamiento solo por accidentes fuera del trabajo 3 no está sujeto al máximo para pacientes ambulatorios 4para presentar un reclamo de reembolso, guarde su recibo y envíelo a Planned Administrators, Inc. 5paga además del beneficio de atención estándar 6para estadías en un centro de enfermería especializada después de una visita al hospital 7sujeto a los límites internos del plan

INFORMACIÓN DEL CONTACTO

Servicios de Sucursal:

Tenemos un único número gratuito y una dirección de correo electrónico para que envíe sus consultas. Comuníquese con el Centro de soporte de Essential StaffCARE al 1-844-262-6022 o por correo electrónico a escsupport@paisc.com.

Los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8:30 a.m. a 5:00 p.m. hora del Este

Contacto secundario: 704-637-0022 - Gestión de cuentas Essential StaffCARE
Utilice este contacto en caso de que el representante de soporte del servicio de marketing primario no esté disponible y necesite asistencia inmediata. Pedimos que los empleados no llamen a este número ya que está reservado para la gerencia.

(Servicio al Cliente):

Atención al cliente de Essential StaffCARE: 1-866-798-0803
Los miembros llamarán a este número si tienen preguntas sobre la cobertura de su plan, la tarjeta de identificación, el estado de la reclamación, los folletos de la póliza y para cancelar su cobertura. El horario del centro de llamadas de atención al cliente es de lunes a viernes de 8:30 a. m. a 8:00 p. m. est

Representantes de habla hispana están disponibles.

OUR NETWORKS:

Medical Network:
First Health Network
www.firsthealth.com
1-800-226-5116

Prescription Network:
For your pharmacy benefit information, visit:
www.paisc.com
1-866-798-0803

Dental Network:
Dentemax
www.dentemax.com
1-800-752-1547

Vision Network
EyeMed Vision Care
www.eyemedvisioncare.com
1-866-559-5252

1todos los beneficios para pacientes ambulatorios están sujetos al máximo para pacientes ambulatorios 2 cubre el tratamiento solo por accidentes fuera del trabajo 3 no está sujeto al máximo para pacientes ambulatorios 4para presentar un reclamo de reembolso, guarde su recibo y envíelo a Planned Administrators, Inc. 5paga además del beneficio de atención estándar 6para estadías en un centro de enfermería especializada después de una visita al hospital 7sujeto a los límites internos del plan

PREGUNTAS FRECUENTES:

P: ¿Cómo pueden los empleados obtener sus tarjetas de identificación?
R: Dentro de las dos semanas posteriores a su primera deducción, la(s) tarjeta(s) de identificación y una carta de confirmación de cobertura se enviarán por correo a la dirección de la casa del empleado. Si un empleado necesita recibir su tarjeta de identificación más pronto, pueden ponerse en contacto con el Centro de Soporte de ECS al 1-866-798-0803 y solicitar que se les envíen copias por correo electrónico o fax a ellos o a su proveedor.

P: Después de inscribirme, ¿cuándo entrará en vigencia mi cobertura?
R: Su cobertura entra en vigencia el lunes siguiente a su primera deducción de nómina. La cobertura no puede ser iniciada con un pago previo.

P: ¿Cómo puedo encontrar a un médico u hospital de la red?
R: Aunque su plan médico no impone una restricción de red, puede obtener ahorros adicionales utilizando un proveedor médico de la red. Visite www.firsthealthnetwork.com o llame al First Health Network al 1-800-226-5116.

P: ¿Existe un número de teléfono al que mi médico pueda llamar para obtener una lista de mis beneficios?
R: Sí, su proveedor puede llamar al número de servicio al cliente de ESC al 1-866-798-0803 para obtener información sobre beneficios programados y límites de beneficios.

P: ¿Qué debo hacer si necesito surtir una receta médica?
R: Para recetas médicas genéricas y de marca, presente su tarjeta de identificación en una farmacia participante para recibir descuentos. Las recetas genéricas y de marca son pagaderas según el calendario de beneficios hasta el máximo anual de medicamentos con receta. Para presentar una reclamación para reembolso, guarde su recibo y envíelo a Planned Administrators, Inc. La cobertura de medicamentos con receta no se proporciona para medicamentos administrados durante una visita al consultorio del médico o una estancia en el hospital.

P: ¿Dónde puedo obtener un formulario de reclamación?
R: Los formularios de reclamación médica y dental se pueden obtener llamando a nuestra línea de servicio al cliente al 1-866-798-0803 o puede descargar los formularios de reclamación desde nuestro sitio web - www.paisc.com. Asegúrese de hacer clic en Essential StaffCARE en la página de bienvenida.

P: ¿Qué debo hacer si quiero cancelar o hacer cambios en mi cobertura?
R: La cobertura se puede cancelar o reducir en cualquier momento, a menos que su empleador realice deducciones fiscales de prima antes de impuestos. Para realizar cambios o cancelar la cobertura por teléfono, llame al 1-866-798-0803.

1todos los beneficios para pacientes ambulatorios están sujetos al máximo para pacientes ambulatorios 2 cubre el tratamiento solo por accidentes fuera del trabajo 3 no está sujeto al máximo para pacientes ambulatorios 4para presentar un reclamo de reembolso, guarde su recibo y envíelo a Planned Administrators, Inc. 5paga además del beneficio de atención estándar 6para estadías en un centro de enfermería especializada después de una visita al hospital 7sujeto a los límites internos del plan

Beneficios de Vista	Adentro de la Red		Afuera de la Red	
	Usted Paga	El Plan Paga	Usted Paga: [3]	El Plan Paga:
Examanicion de Vista (Incluyendo Dilatorio)[1]	$10 Copago	100%	100%	$35
Examen de ajuste de pupilentes (incluye seguimiento)	Up to $55	$0	100%	$0
Examen Premium de ajuste de Pupilente (incluye seguimiento)	100%, after 10% discuento	$0	100%	$0
Monturas (una vez cada 24 meses)	80%, despues $110 prestacion	20% + $110 Prestacion	100%	$55
Estandar Lentes de Plastico (individual, bifocales, trifocales)[1,2]	$25 Copago	100%	100%	$25-$55
Pupilentes (Convencionales, material solamente)[1]	85% despues $110 Prestacion	15% + $110 Prestacion	100%	$88
Pupilentes(Disechables, material solamente)[1]	100% Despues $110 Prestacion	$110 Prestacion	100%	$88
Pupilentes (Midicamente Necesario) (Material Solamente)[1]	$0 Copago	100%	100%	$200

1todos los beneficios para pacientes ambulatorios están sujetos al máximo para pacientes ambulatorios 2 cubre el tratamiento solo por accidentes fuera del trabajo 3 no está sujeto al máximo para pacientes ambulatorios 4para presentar un reclamo de reembolso, guarde su recibo y envíelo a Planned Administrators, Inc. 5paga además del beneficio de atención estándar 6para estadías en un centro de enfermería especializada después de una visita al hospital 7sujeto a los límites internos del plan

Plan de beneficios limitados:	Tarifa semanal deducida de la nómina		Numero de Poliza :	2994500-BHB	
Quién es el destinatario de la cobertura?	**Plan de Seguro Médico de Indemnización Fija**	**Dental**	**Vista**	**Vida-Termino**	**Discapacidad a corto plazo**
Solo empleado(a)	$15.98	$5.40	$2.42	$0.60	$4.20
Empleado(a) + niño (s)	$26.54	$14.58	$6.54	$0.90	
Empleado(a) + Cónyuge	$30.36	$10.80	$4.84	$0.90	
Empleado(a) + Familia	$40.44	$20.52	$9.20	$1.80	
*La discapacidad de corta duración no está disponible. a los empleados en: CA, HI, NJ, NY, or RI.					

1todos los beneficios para pacientes ambulatorios están sujetos al máximo para pacientes ambulatorios 2 cubre el tratamiento solo por accidentes fuera del trabajo 3 no está sujeto al máximo para pacientes ambulatorios 4para presentar un reclamo de reembolso, guarde su recibo y envíelo a Planned Administrators, Inc. 5paga además del beneficio de atención estándar 6para estadías en un centro de enfermería especializada después de una visita al hospital 7sujeto a los límites internos del plan

Fixed Indemnity
Medical Benefits

Beneficios Ambulatorio[1]		**Beneficios Impacientes**			
Visita al consultorio medico (Virtual o prescencial)	$60/dia	Atencion Estandar	$300 por dia		
Diagnostico(Labratorio)	$75 por dia	Unidad de Cuidados Intensivos Maximo[5]	$400 por dia		
Diagnostico(Rayos-X)	$250 por dia	Cirugia Impaciente	$2,000 por dia		
Servicios de Ambulancia	$300 por dia	Anestesia	$400 por dia		
Fisica, Discurso, o Terapia Ocupacional	$50 por dia	Enfermeria [6] Especializada	$100 por dia		
Beneficios de la sala de emergencias - Enfermedad	$100 por dia	**Anual Inpatient Maximo** [7]	**Sin Limite**		
Beneficios de la Sala de emergencias- Accidente[2]	$300 por dia				
Cirugia Ambulatoria	$500 por dia	**Medicamentos Recetados via Reembolso**[3, 4]			
Anestesia	$200 por dia	**Maximo Anual**	$600		
Ambulatorio Maximo Anual	**$2000**	**Monedas Genericas**	70%	**Brand Coins.**	50%

1todos los beneficios para pacientes ambulatorios están sujetos al máximo para pacientes ambulatorios 2 cubre el tratamiento solo por accidentes fuera del trabajo 3 no está sujeto al máximo para pacientes ambulatorios 4para presentar un reclamo de reembolso, guarde su recibo y envíelo a Planned Administrators, Inc. 5paga además del beneficio de atención estándar 6para estadías en un centro de enfermería especializada después de una visita al hospital 7sujeto a los límites internos del plan

Perdida accidental de Vida, Miembro o Vista	
Empleados/ Esposo(a)	$20,000
Dependientes (6 meses a 26 anos)	$5,000
Dependientes (15 dias a 6 meses)	$2,500
Cuidado Medico (uno por ano)	$75

Beneficios Dental	Servicios		
Cobertura A: Sin Periodo de Espera/ 80%	Examenes, Limpiezas, Pelicula Intraoralesl, y aletas de mordida	**Dental Anual Maximo: $750**	**Dental Deducible: $50**
Cobertura B: 3 meses/60%	Empaste, Cirugia Oral, y Reparos de Corona, Puentes, y Denturas		
Cobertura C: 12 meses/ 50%	Periodoncia, Coronas, Endodoncias, Puentes, y Denturas		

[1]Una Vez cada 12 meses [2]$15 de aumento in AK, CA, OR, WA [3]Despues del pago del plan

1todos los beneficios para pacientes ambulatorios están sujetos al máximo para pacientes ambulatorios 2 cubre el tratamiento solo por accidentes fuera del trabajo 3 no está sujeto al máximo para pacientes ambulatorios 4para presentar un reclamo de reembolso, guarde su recibo y envíelo a Planned Administrators, Inc. 5paga además del beneficio de atención estándar 6para estadías en un centro de enfermería especializada después de una visita al hospital 7sujeto a los límites internos del plan

Beneficios de Vida Grupales a Termino
Cantidad de Empleados: $10,000 (se reduce a $7,500 a los 65; $5,000 a los 70)
Cantidad de Esposo(a): $$5,000 (termina a la edad de 70)
Cantidad de Nino (6 meses a 26 anos): $5,000
Cantidad de Nino Infantil (15 dias to 6 meses de vida): $1,000

Beneficios de Discapacidad a Corto Plazo
Cantidad de Beneficio: 60% de salario base hasta $150 por semana.
Periodo de espera/Periodo Maximo de espera: 7 dias de la lesion o enfermedad/ hasta 26 semanas.

OPCIONAL MEC Bienestar/Beneficio Preventiva [1]

El opcional MEC Bienestar/ Beneficio Preventiva NO cubre servicios medicos. Este plan proporcina cobertura para servicios preventivos como las vacunas y examenes de salud en rutina. No cubre condiciones causados por un accidente o una enfermedad.

Beneficio	Adentro de la Red	Afuera de la Red	MEC PREMIUM Semenal	MEC
Servicios Preventivos para adultos	100%	40%	Solo Empleado	$13.42
Servicios Preventivos Para Mujer	100%	40%	Empleado + nino(s)	$15.18
Servicios Preventivos cubierto para nino	100%	40%	Empleado + familia	$16.38

***Para mas informacion sobre los servicios preventivos por favor viste la pagina www.healthcare.gov**

1todos los beneficios para pacientes ambulatorios están sujetos al máximo para pacientes ambulatorios 2 cubre el tratamiento solo por accidentes fuera del trabajo 3 no está sujeto al máximo para pacientes ambulatorios 4para presentar un reclamo de reembolso, guarde su recibo y envíelo a Planned Administrators, Inc. 5paga además del beneficio de atención estándar 6para estadías en un centro de enfermería especializada después de una visita al hospital 7sujeto a los límites internos del plan