

## ENLÍSTE AHORA! El tiempo es limitado

Usted es elegible para los beneficios de la inscripción abierta de su empleador a partir del 1 de marzo o el primer día del mes siguiente a los 30 días de su fecha de contratación.



OBTENGA SU TARJETA DE IDENTIFICACIÓN EN DÍAS



LA COBERTURA QUE NECESITA A UN PRECIO QUE PUEDE OFRECER

## COBERTURA MÉDICA

**MEC Plus:** Cubre todos los servicios preventivos al 100%, visitas al consultorio, atención urgente, laboratorios, radiografías y medicamentos recetados genéricos en varios copagos. MEC Plus incluye telesalud.

## COBERTURA COMPLEMENTARIA

**Delta Dental:** La cobertura incluye servicios de diagnóstico y preventivos al 100%, servicios básicos y restaurativos al 80% y servicios principales al 50%. Los servicios fuera de la red se ofrecen al 80%/50%/50% respectivamente. No hay cobertura para ortodoncia.

**VSP Vision:** La cobertura incluye exámenes completos de visión con un copago de \$10, asignaciones de marcos, lentes con un copago de \$25 o lentes de contacto con una asignación o cobertura completa después del copago según la necesidad médica.

## INFORMACIÓN DEL EMPLEADO

Nombre \_\_\_\_\_

Seguro Social \_\_\_\_\_

Empleador \_\_\_\_\_

Fecha de contratación \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

 Sexo  Hombre  Mujer

Dirección \_\_\_\_\_

Número de teléfono \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN DEPENDIENTE

Nombre \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_

Seguro Social \_\_\_\_\_

Seguro Social \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

 Hombre  Mujer  Cónyuge  Niño

 Hombre  Mujer  Cónyuge  Niño

Nombre \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_

Seguro Social \_\_\_\_\_

Seguro Social \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

 Hombre  Mujer  Cónyuge  Niño

 Hombre  Mujer  Cónyuge  Niño

## ELECCIÓN DE COBERTURA

### Elección Médica (elige 1)

Tarifas semanales	Solo Empleado	Empleado/Cónyuge	Empleado/Niño(s)	Familia
<b>MEC Plus</b>	<input type="checkbox"/> \$27.69	<input type="checkbox"/> \$55.38	<input type="checkbox"/> \$55.38	<input type="checkbox"/> \$83.08

### Elecciones Complementarias

Tarifas semanales	Solo Empleado	Empleado/Cónyuge	Empleado/Niño(s)	Familia
<b>Delta Dental</b>	<input type="checkbox"/> \$10.19	<input type="checkbox"/> \$20.35	<input type="checkbox"/> \$19.26	<input type="checkbox"/> \$31.15
<b>VSP Vision</b>	<input type="checkbox"/> \$2.30	<input type="checkbox"/> \$4.59	<input type="checkbox"/> \$4.82	<input type="checkbox"/> \$8.04

 renunciar a la cobertura

## RECONOCIMIENTO DE EMPLEADO

Por la presente, reconozco la oferta de cobertura de seguro de salud, que proporciona la cobertura mínima esencial (MEC), para mí y mis dependientes elegibles. Si elijo cobertura, autorizo a mi empleador a hacer reducciones salariales para mi parte de las primas del seguro. Entiendo que no puedo hacer cambios en mis elecciones de cobertura hasta el próximo período de inscripción abierta de mi empleador o debido a un evento calificador.

Firma \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Beneficios médicos	MEC Plus
Deducible anual	\$0
Gasto máximo anual (para servicios cubiertos)	\$1,850 Individual / \$3,700 familia
Preventivo / Bienestar	Cubierto 100%
Visitas de atención primaria / especialista	Copago de \$15
Atención de urgencias	Copago de \$50
Exámenes de laboratorio	Copago de \$50
Radiografías	Copago de \$50
Telesalud	Incluido
Medicamentos genericos	Copago de \$15

<sup>1</sup>El plan de MEC Plus excluye los servicios fuera de la red y cubre sólo los servicios médicos mencionados arriba y en la página de servicios cubiertos.

<sup>2</sup>Los miembros de freshbenies tienen acceso a médicos por teléfono o video, y las recetas se envían directamente a la farmacia del miembro, cuando es médicamente necesario.

**Servicios preventivos cubiertos 100%**

**Todos los demás servicios cubiertos con copago**

**Acceso a telesalud 24/7/365**

La ubicación de un proveedor participante en la red PHCS comienza con el logotipo específico de la red en el frente de su tarjeta de identificación médica. Busque el logotipo de PHCS en su tarjeta y siga las instrucciones a continuación.



**Por teléfono:** llame al **1.800.457.1309**

**En línea:** visite [www.multiplan.com/sbmaspecificservices](http://www.multiplan.com/sbmaspecificservices) y siga las instrucciones a continuación

1. Haga clic en OK en la parte inferior de la pantalla, cambie el idioma a español en la esquina superior derecha, lea el reconocimiento y haga click en OK
2. Ingrese un nombre de proveedor, especialidad o tipo de centro en el cuadro de búsqueda o elija uno del menú desplegable
3. Ingrese su ciudad o código postal y haz clic en el icono de la lupa para buscar
4. Lea la declaración en la parte inferior de la pantalla y haga clic en OK para ver los resultados

**freshbenies®**

A FRESH APPROACH TO BENEFITS

**freshbenies Brinda acceso conveniente a visitas virtuales al médico y más!**

**Telesalud:** Llame en cualquier momento, visite a un médico con licencia en los Estados Unidos, y obtenga una receta por escrito si es médicamente necesario – SIN COSTO.

**benieWALLET:** Guarde y accede a todas sus tarjetas relacionadas con la salud en un solo lugar fácil para que estén listas en cualquier momento y en cualquier lugar.

Para acceder a sus servicios, inicie sesión en [freshbenies.com](http://freshbenies.com), descargue la aplicación freshbenies o llame al **1.855.373.7450**

### Uso de su Tarjeta de Medicamentos Recetados en Farmacias Minoristas



Presente su tarjeta de médica junto con su receta médica en cualquiera de nuestras más de 75,000 farmacias minoristas cada vez que vaya a surtir sus medicamentos. Puede tener acceso a la lista de farmacias participantes en la página web

[www.mysmithrx.com](http://www.mysmithrx.com). Para soporte adicional, llame al **1.844.454.5201**

## Beneficios preventivos para adultos

- Aneurisma aórtico abdominal de una sola vez para hombres de edades determinadas que alguna vez han fumado.
- Detección y asesoramiento de abuso de alcohol
- Uso de aspirina para prevenir enfermedades cardiovasculares y cáncer colorrectal para adultos de 50 a 59 años con alto riesgo de enfermedades cardiovasculares.
- Examen de presión arterial.
- Examen de colesterol para adultos de ciertas edades o en mayor riesgo.
- Examen de cáncer colorrectal para adultos de 45 a 75 años.
- Prueba de depresión.
- Prueba de detección de diabetes (tipo 2) para adultos de 40 a 70 años con sobrepeso u obesidad.
- Asesoramiento dietético para adultos con mayor riesgo de enfermedad crónica.
- Prevención de caídas (con ejercicio o fisioterapia y uso de vitamina D) para adultos de 65 años o mayores que viven en un entorno comunitario.
- Examen de detección de hepatitis B para personas con mayor riesgo
- Detección de hepatitis C para adultos de 18 a 79 años.
- Prueba de detección del VIH para personas de 15 a 65 años y de otras edades con mayor riesgo.
- PrEP (Profilaxis antes de la exposición) medicamento para la prevención del VIH para adultos con VIH negativo con alto riesgo de contraer VIH a través de sexo o del uso de drogas inyectables.
- Vacunas de inmunización para adultos: varían las dosis, las edades recomendadas y las poblaciones recomendadas: virus de varicela (varicela), difteria, gripe (influenza), Hepatitis A, Hepatitis B, virus del papiloma humano (VPH), sarampión, meningococo, paperas, tos ferina, neumococo, rubéola, herpes zóster y tétano.
- Detección de cáncer de pulmón para adultos de 55 a 80 años con alto riesgo de cáncer de pulmón porque son fumadores empedernidos o han dejado de fumar en los últimos 15 años.
- Detección de obesidad y asesoramiento.
- Consejería de prevención de infecciones de transmisión sexual (ITS) para adultos con mayor riesgo.
- Medicamentos preventivos con estatinas para adultos de 40 a 75 años con mayor riesgo.
- Examen de sífilis para todos los adultos en mayor riesgo
- Examen del uso de tabaco para todos los adultos y las intervenciones para dejar de fumar para los consumidores de tabaco
- Examen de tuberculosis para ciertos adultos con síntomas de mayor riesgo

## Beneficios preventivos para mujeres

- Prueba de detección de densidad ósea para todas las mujeres mayores de 65 años o mujeres de 64 años y menores que hayan pasado por la menopausia.
- Asesoramiento sobre pruebas genéticas del cáncer de mama (BRCA) para mujeres con mayor riesgo de cáncer de mama (solo asesoría, no examen).
- Pruebas de mamografía de cáncer de mama: cada 2 años para mujeres mayores de 50 años o según lo recomendado por un proveedor para mujeres de 40 a 49 años o mujeres con mayor riesgo de cáncer de mama.
- Asesoramiento sobre quimio prevención de cáncer de mama para mujeres con mayor riesgo.
- Asistencia integral y asesoramiento de amamantamiento por parte de proveedores capacitados y acceso a suministros de lactancia materna para mujeres embarazadas y lactantes
- Anticoncepción: métodos anticonceptivos aprobados por la Administración de Drogas y Alimentos, procedimientos de esterilización y educación y asesoramiento para pacientes, según lo prescrito por un proveedor de atención médica para mujeres con capacidad reproductiva (sin incluir medicamentos abortivos). Esto no se aplica a los planes de salud patrocinados por ciertos "empleadores religiosos" exentos.
- Prueba de detección del cáncer de cuello uterino: prueba de Papanicolaou (también llamada citología) para mujeres de 21 a 65 años.
- Detección de infección por Chlamydia en mujeres más jóvenes y otras mujeres con mayor riesgo
- Examen de diabetes para mujeres con antecedentes de diabetes gestacional que actualmente no están embarazadas y que han sido diagnosticadas previamente con diabetes tipo 2.
- Exámenes de detección de violencia doméstica e interpersonal para todas las mujeres

## Beneficios preventivos para mujeres (continuación)

- Suplementos de ácido fólico para mujeres que pueden quedar embarazadas.
- Examen de diabetes gestacional para mujeres con 24 semanas de embarazo (o posterior) y personas con alto riesgo de desarrollar diabetes gestacional
- Examen de gonorrea para todas las mujeres con mayor riesgo.
- Prueba de hepatitis B para mujeres embarazadas en su primera visita prenatal
- Prueba de detección de depresión materna para mamás en su visita de prevención para bebés saludables.
- Prevención y detección de preeclampsia para mujeres embarazadas con presión arterial alta.
- Prueba de incompatibilidad de Rh para todas las mujeres embarazadas y pruebas de seguimiento para mujeres con mayor riesgo.
- Asesoramiento sobre infecciones de transmisión sexual para mujeres sexualmente activas.
- Intervención y asesoramiento extendido sobre el tabaco para todas las consumidoras de tabaco embarazadas.
- Examen anual de incontinencia urinaria para mujeres.
- Exploración del tracto urinario u otra infección
- Consultas de prevención para mujeres saludables para obtener servicios recomendados para mujeres

## Beneficios preventivos para niños

- Evaluaciones del uso de alcohol, tabaco y drogas para adolescentes.
- Examen de autismo para niños a los 18 y 24 meses.
- Evaluaciones del comportamiento para niños de las siguientes edades: de 0 a 11 meses, de 1 a 4 años, de 5 a 10 años, de 11 a 14 años, de 15 a 17 años.
- Examen de concentración de bilirrubina para recién nacidos
- Examen de presión arterial para niños de las siguientes edades: de 0 a 11 meses, de 1 a 4 años, de 5 a 10 años, de 11 a 14 años, de 15 a 17 años.
- Exámenes de sangre para recién nacidos
- Prueba de depresión para adolescentes a partir de los 12 años.
- Evaluación del desarrollo para niños menores de 3 años.
- Examen de dislipidemia para todos los niños con mayor riesgo de trastornos lipídicos entre 9 y 11 años y entre 17 y 21 años.
- Suplementos de flúor para niños sin flúor en su fuente de agua.
- Barniz de flúor para bebés y niños tan pronto como aparezcan los dientes.
- Medicamento preventivo contra la gonorrea para los ojos de todos los recién nacidos.
- Examen auditivo para todos los recién nacidos; y exámenes regulares para niños y adolescentes según lo recomendado por su proveedor.
- Medidas de altura, peso e índice de masa corporal tomados regularmente para todos los niños.
- Prueba de hematocrito o hemoglobina para todos los niños
- Hemoglobinopatías o detección de células falciformes para recién nacidos
- Examen de detección de hepatitis B para adolescentes con mayor riesgo.
- Prueba de detección del VIH para adolescentes con mayor riesgo.
- Prueba de detección de hipotiroidismo en recién nacidos
- PrEP (Profilaxis antes de la exposición) medicamento para la prevención del VIH para adolescentes con VIH negativo con alto riesgo de contraer VIH a través de sexo o del uso de drogas inyectables.
- Vacunas de inmunización para niños desde el nacimiento hasta los 18 años: varían las dosis, las edades recomendadas y las poblaciones recomendadas: virus de varicela (varicela), difteria, tétano y tos ferina; Haemophilus influenza tipo b; hepatitis A, hepatitis B, virus del papiloma humano (VPH), virus de polio inactivado, influenza (vacuna contra la gripe), sarampión, Meningocócica, paperas, Neumocócica, rubéola y Rotavirus.
- Prueba de plomo para niños en riesgo de exposición
- Examen de detección de obesidad y asesoramiento
- Evaluación del riesgo de salud oral para niños pequeños de 6 meses hasta 6 años.
- Examen de detección de fenilcetonuria (PKU) en recién nacidos.
- Asesoramiento y detección de prevención de infecciones de transmisión sexual (ITS) para adolescentes con mayor riesgo
- Prueba de tuberculina para niños con mayor riesgo de tuberculosis en las siguientes edades: de 0 a 11 meses, de 1 a 4 años, de 5 a 10 años, de 11 a 14 años, de 15 a 17 años.
- Examen de la vista para todos los niños.
- Consultas de prevención para bebés y niños saludables.

Para obtener más información sobre los beneficios de cuidado preventivo, ingrese a:

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



Beneficios dentales	En red	Fuera de la red
Deducible anual	\$50 individual / \$150 familia	\$100 individual / \$300 familia
Beneficio anual máximo	\$1,500 por persona asegurada	\$1,500 por persona asegurada
Diagnóstico y preventivo		
Exámenes / Limpiezas (dos veces al año) Radiografías básicos (una vez al año) Radiografías complete (una vez cada 5 años)	Cubierto al 100% (deducible renunciado)	Cubierto al 80% (deducible renunciado)
Servicios basicos		
Empastes (una vez por diente en 365 días) Extracciones Endodoncias (una vez por diente de por vida)	Cubierto al 80% después de alcanzar el deducible	Cubierto al 50% después de alcanzar el deducible
Servicios principales		
Coronas (una vez por diente cada 5 años) Dentadura postiza (una vez cada 5 años) Puentes (una vez cada 5 años) Implantes (una vez cada 5 años)	Cubierto al 50% después de alcanzar el deducible	Cubierto al 50% después de alcanzar el deducible
Ortodoncia	Descubierto	Descubierto

Este resumen es un beneficio destacado que representa una breve descripción de la cobertura disponible. Las disposiciones de control estarán en la póliza de grupo emitada por Delta Dental.

### Cómo encontrar una dentista de la red:

Desde la aplicación móvil o el sitio web de Delta Dental en <https://www.deltadentalct.com>

1. Haga clic en "Find a Dentist"
2. Ingrese ciudad, código postal o dirección parcial
3. Seleccione la distancia que está dispuesto viajar
4. Seleccione la red "Delta Dental PPO"
5. Haga clic en "Search"

Si tiene preguntas adicionales, llame al servicio al cliente de Delta Dental al **1.800.452.9310**

**Exámenes y limpiezas cubiertos 100% en la red**

**Sin período de espera!**

**Visite a cualquier dentista dentro o fuera de la red**

Beneficios	En red	Fuera de la red	Frecuencia
Examen completo de visión	Copago de \$10	Asignación de hasta \$45	Una vez por 12 meses
<b>Marcos para anteojos</b>			
Un par de marcos de anteojos	Asignación de \$130 (\$70 a Walmart / Costco)	Asignación de hasta \$70	Una vez por 24 meses
<b>Lentes para anteojos (en lugar de lentes de contacto)</b>			
Unifocales	Copago de \$25	Asignación de hasta \$30	Una vez por 12 meses
Bifocales	Copago de \$25	Asignación de hasta \$50	Una vez por 12 meses
Trifocales	Copago de \$25	Asignación de hasta \$65	Una vez por 12 meses
<b>Lentes de contacto (en lugar de lentes para anteojos)</b>			
Ajuste y evaluación	Copago máximo de \$60	Aplicado a la asignación de lentes de contacto	Una vez por 12 meses
Optativos descartables	Asignación de \$130	Asignación de \$105	Una vez por 12 meses
No optativos (medicamente necesarios)	Cubierto al 100% después del copago	Asignación de \$210	Una vez por 12 meses

## LOCALIZACIÓN DE PROVEEDORES DE LA RED

Para ubicar proveedores, llame al **1.800.877.7195** o visite <https://www.vsp.com/eye-doctor> y siga las indicaciones para buscar un proveedor por ubicación, consultorio, o médico específico, luego haga clic en "SEARCH"

**Ahorro en lentes adicionales y corrección de la visión con láser**

**Lentes de contacto medicamente necesarias CUBIERTO POR COMPLETO**

**Asignaciones para servicios fuera de la red**

Este resumen contiene una descripción general de su programa de cuidado de visión para su uso como una referencia conveniente. Los detalles completos de su programa aparecen en el contrato grupal entre el patrocinador de su plan y Delta Dental de Connecticut, Inc., que rige los beneficios y la operación de su programa.