

Como empleado activo de Partners Personnel, reconozco por la presente que se me han ofrecido beneficios de seguro médico patrocinados por la compañía para el Año Plan 2024 (1 ene – 31 dic), según se resume a continuación.

La oferta de cobertura hecha por mi empleador, Partners Personnel, cumple con los requisitos mínimos de cobertura y asequibilidad, de conformidad con la Ley de Cuidados Asequibles, y si me inscribo dentro del plazo, esto entrará en vigor el primer día del mes siguiente a los 59 días de empleo activo. Los detalles y costo del plan son los siguientes:

Plan de Valor Mínimo (MVP) Lista de Beneficios

Nota: Todos los empleados son elegibles para el Plan MVP. Por favor llamar al Centro de atención telefónica de PartnersCare al 805-323-3700 para más información o para inscribirse en el Plan MVP. Si se inscribe, la cobertura entrará en vigencia el primer día del mes siguiente a 59 días desde la fecha de su primer cheque de pago más 30 horas semanales. 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)	\$6,900/\$13,800	\$10,000/\$20,000
Fuera de bolsillo máximo (por participante / familia)	\$6,900/\$13,800	\$20,000/\$40,000
Coseguro pagado por el plan	100%	50%
Visita al consultorio Atención primaria / Especialista (incluido MHSA) <small>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.</small>	100% después del deducible	50% después del deducible
Quimioterapia	No cubiertos	No cubiertos
Medicamentos especializados médicos	No cubiertos	No cubiertos
Beneficios de Sala de Emergencia <small>(Visitas a la Sala de Emergencia que no se consideran una emergencia médica sólo se pagarán al 50% después del deducible)</small>	100% después del deducible	50% después del deducible
Centro de atención urgente	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 / anestesiólogo (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 (solo en tierra)	100% después del deducible	50% después del deducible
Imaging avanzada	100% después del deducible	50% después del deducible
Dialisis	100% después del deducible	50% después del deducible
Cuidados de salud en el hogar, rehabilitación (Cardiaca, 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.	

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.

Plan de Valor Mínimo				
Costo semanal por tarifa de pago por hora				
	Tarifa de pago por hora \$7.25 to \$12.99	Tarifa de pago por hora \$13.00 to \$15.99	Tarifa de pago por hora \$16 to \$20.99	Tarifa de pago por hora \$21 and up
Solo empleado	\$18.25	\$32.72	\$40.27	\$52.86
Empleado y esposa	\$224.87	\$224.87	\$224.87	\$224.87
Empleado y niño(s)	\$193.04	\$193.04	\$193.04	\$193.04
Empleado y familia	\$306.01	\$306.01	\$306.01	\$306.01

Con mi firma a continuación, reconozco que se me ha dado la oportunidad de inscribirme en los beneficios médicos que cumplen con la ACA. Si no se inscribe a más tardar en el día 59 de empleo, esto se considerará su negativa a inscribirse en los beneficios patrocinados por la empresa. Por favor, consulte su paquete de nuevas contrataciones para asociados o su sucursal local para obtener guías de beneficios y/o nuestro sitio web en www.partnerspersonnel.com para conocer los avisos requeridos.

Para obtener información adicional, preguntas, copias de la guía de beneficios o avisos, llame al 805-323-3700.

Firma del empleado _____ Fecha _____

Nombre en letra de imprenta _____