

SUCCESS

Your vision. Made perfectly clear.

2025

Guía de Beneficios

Great Hire Inc.

Aviso de Indemnización Hospitalaria Requerido para 2025

IMPORTANTE: Esta es una póliza de indemnización fija, NO un seguro de salud. Esta póliza de indemnización fija puede pagarte una cantidad limitada si estás enfermo o hospitalizado. Aún eres responsable de pagar el costo de tu atención.

- El pago que recibas no se basa en el tamaño de tu factura médica.
 - Puede haber un límite en cuánto pagará esta póliza cada año.
 - Esta póliza no es un sustituto del seguro de salud integral.
 - Dado que esta póliza no es un seguro de salud, no tiene que incluir la mayoría de las protecciones federales al consumidor que se aplican al seguro de salud.
- ¿Buscas un seguro de salud integral?
- Visita [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov) o llama al 1-800-318-2596 (TTY: 1-855-889-4325) para encontrar opciones de cobertura de salud.
 - Para averiguar si puedes obtener un seguro de salud a través de tu trabajo o el trabajo de un familiar, contacta al empleador.

¿Preguntas sobre esta póliza?

- Para preguntas o quejas sobre esta póliza, contacta a tu Departamento de Seguros del Estado. Encuentra su número en el sitio web de la Asociación Nacional de Comisionados de Seguros ([naic.org](https://www.naic.org)) bajo "Departamentos de Seguros."
- Si tienes esta póliza a través de tu trabajo o el trabajo de un familiar, contacta al empleador.

(2) Si se requiere que los participantes se reinscriban (ya sea en papel o en forma electrónica) para fines de renovación o reemisión del seguro, el aviso descrito en el párrafo (c)(4)(ii)(D)(1) de esta sección se muestra de manera prominente en cualquier material de marketing y inscripción proporcionado en o antes del momento en que se les da a los participantes la oportunidad de reinscribirse en la cobertura.

(3) Si un plan o emisor proporciona un aviso que satisface los requisitos en los párrafos (c)(4)(ii)(D)(1) y (2) de esta sección a un participante, la obligación de proporcionar el aviso se considera cumplida tanto para el plan como para el emisor.

ELEGIBILIDAD

Elegibilidad para usted y sus dependientes

Usted es elegible para participar en los planes de beneficios grupales si es un empleado activo a tiempo completo y está programado para trabajar 30 horas o más por semana. Los empleados son elegibles para inscribirse el primer día del mes siguiente a 60 días de empleo. Ciertos dependientes de miembros del equipo elegibles también pueden inscribirse en los beneficios. Vea las reglas de elegibilidad a continuación.

Los dependientes elegibles incluyen:

- Su cónyuge legal [exclusión/sobrecargo conyugal]
- Sus hijos biológicos, hijos adoptivos legalmente, hijastros e hijos por los cuales asume la tutela legal hasta los 26 años
- Hijos de 26 años o más incapaces de autosuficiencia debido a una condición mental o física adquirida antes de los 26 años. Es posible que se le requiera completar un formulario de Certificación de Discapacidad antes de que el hijo cumpla 26 años

Eventos de Vida Calificativos

Las elecciones que haga durante su período de Nuevo Empleado o el período de Inscripción Abierta Anual son irrevocables hasta el próximo período de Inscripción Abierta Anual o a menos que experimente un evento de vida calificativo. Los eventos de vida calificativos incluyen cambios en su estado civil legal, el nacimiento o la adopción de un hijo, un cambio en el estado de empleo suyo o de su cónyuge, o su derecho a Medicare.

Si anticipa alguno de estos cambios, comuníquese con Recursos Humanos antes del evento para verificar su derecho a cambiar la(s) cobertura(s) del plan. Debe elegir su cambio en los beneficios dentro de los 30 días posteriores al evento de vida calificativo. Si no notifica a Recursos Humanos dentro de los 30 días de un evento calificativo, deberá esperar hasta el próximo período de inscripción abierta anual para realizar cambios en los beneficios, a menos que tenga otro evento calificativo.

Seguro Médico – OptionsPlus MEC

	OpcionesPlus Opción 1	OpcionesPlus Opción 2	OpcionesPlus Opción 3	OpcionesPlus Opción 4
Nombre del Plan	BienCuidado	OptimaCare	EliteCare	EliteCare+Alta Nacional
Beneficios médicos				
Deducible				
Soltero/Familia	N/A	N/A	N/A	N/A
Desembolso máximo				
Soltero/Familia	N/A	N/A	N/A	N/A
Nivel de coseguro	N/A	N/A	N/A	N/A
Coseguro máximo: individual/familiar	N/A	N/A	N/A	N/A
Atención Primaria	Utilice la telemedicina	\$15 de copago ilimitado	\$15 de copago ilimitado	\$15 de copago ilimitado
Visitas al consultorio por enfermedad	No cubierto	\$15 de copago ilimitado	\$15 de copago ilimitado	\$15 de copago ilimitado
Especialista	No cubierto	Descuentos de red	\$15 de copago ilimitado	\$15 de copago ilimitado
Atención de urgencias	No cubierto	\$50 de copago ilimitado	\$50 de copago ilimitado	\$50 de copago ilimitado
Sala de emergencia	No cubierto	No cubierto	No cubierto	2 por año \$100 por día
Hospitalización (Indemnización)	No cubierto	No cubierto	No cubierto	1 por año \$2,500
Medicamentos recetados				
Deducible	N/A	N/A	N/A	N/A
Nivel 1/2/3/4	Tarjeta MMA	Nivel 1 \$15, Nivel 2 \$30; Nivel 3 \$50; Nivel 4 \$75	Nivel 1 \$15, Nivel 2 \$30; Nivel 3 \$50; Nivel 4 \$75	Nivel 1 \$15; Nivel 2 \$30; Nivel 3 \$50; Nivel 4 \$75
Fuera de la red				
Deducible				
Soltero/Familia	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto
Desembolso máximo				
Soltero/Familia	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto
Descripción general de los servicios				
Nivel de coseguro	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto
Coseguro máximo: individual/familiar	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto
Atención Primaria	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto
Especialista	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto
Atención de urgencias	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto
Sala de emergencia	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto
Hospitalización	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto
Medicamentos recetados				
Deducible	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto
Nivel 1/2/3/4	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto

Deducciones Médicas Mensuales de Nómina

	BienCuidado	OptimaCare	EliteCare	EliteCare+Alta Nacional
	Tarifa por mes	Tarifa por mes	Tarifa por mes	Tarifa por mes
Empleado	\$49.00	\$113.00	\$144.00	\$194.00
ES y CE	\$89.00	\$210.00	\$270.00	\$389.00 / \$364.00
Familia	\$119.00	\$310.00	\$390.00	\$541.00

Esta hoja de cálculo es solo para fines ilustrativos. Si surge alguna discrepancia, cualquier contrato de este tipo prevalecerá sobre esta ilustración.

Cobertura Dental

Plan 1	
Características del Beneficio	Beneficio Dentro de la Red
Servicios Preventivos	90% de la Tarifa Negociada
Servicios Básicos	70% de la Tarifa Negociada
Servicios Mayores	50% de la Tarifa Negociada
Deducible	
Individual	\$75
Familiar	\$225
Máximo Annual	\$1,000 más Máximo Acumulable
Ortodoncia	N/A

Cobertura de Visión

Plan de Visión 1 (VSP)	
Tipo de Cobertura - Cada 12 meses	Beneficio Dentro de la Red
Beneficio de Exámenes Oculares	\$10 Copago
Frames Benefit Costco, Walmart, Sam's Club Frame Visions Upgrade Options Included	\$150 máximo minorista + 20% de descuento sobre el saldo máximo minorista de \$80 Proveedor de Cadena Minoristar
Beneficio de Lentes	
Visión Simple	\$25
Bifocal	\$25
Trifocal	\$25
Lenticular	\$25
Beneficio de Lentes de Contacto (En lugar de lentes de gafas y/o monturas)	
Médicamente Necesario	Cubierto después del copago
Materiales Electivos	\$150 máx. (Copago exento)
Ajuste y Evaluación Electiva	Incluido en el Contacto Asignación de Lentes. 15% Descuento sobre la tarifa

Deducciones Mensuales demina para Seguro Dental

	Plan 1
Empleado	\$19.09
Empleado + Cónyuge	\$43.77
Empleado + Hijo(s)	\$52.66
Familia	\$72.92

Deducciones Mensuales de Nómina para Visión

	Plan 1
Empleado	\$6.64
Empleado + Cónyuge	\$13.28
Empleado + Hijo(s)	\$11.25
Familia	\$18.54

Seguro de Vida Básico

Opciones de Seguro de Vida a Término Básico / AD&D	
Características del Beneficio	Todos los Empleados Elegibles
Beneficio para Empleados	Elecciones de \$15,000, \$25,000, \$50,000, 1.5X Salario Anual hasta 250K o 2X Salario Anual hasta 500K
AD&D para Empleados	100% del Beneficio por Vida hasta un máximo de \$50,000
Vida Acelerada	80% del beneficio por fallecimiento, Mínimo: \$10,000, Máximo: \$500,000
Exención de Prima	Si está discapacitado, el seguro continuará hasta los 65 años o hasta que ya no esté discapacitado.
Portabilidad	Incluido con Evidencia de Asegurabilidad
Cinturón de Seguridad/Bolsa de Aire	Empleado: \$10,000/\$15,000
Conversión	Incluido
Costo Mensual del Beneficio de Vida a Término Básico / AD&D	
Beneficio de Vida Básico – 15K	\$3.17

Seguro de Vida Voluntario

Opciones de Seguro de Vida a Término Voluntario	
Características del Beneficio	Todos los Empleados Elegibles
Beneficio para Empleados	De \$10,000 a \$500,000 en incrementos de \$10,000
AD&D para Empleados	100% del beneficio por fallecimiento hasta \$500,000
AD&D para Dependientes	100% del Beneficio por Fallecimiento
Beneficio para Cónyuge	50% del monto del empleado, Máx: \$250,000
Beneficio para Hijos	\$5,000, \$10,000, sin exceder el 100% del monto del empleado
Beneficio para Infantes	\$500
Límites de Edad para Dependientes	14 días a 26 años (26 si es estudiante a tiempo completo). Edad del infante: Desde el nacimiento hasta 14 días. El beneficio para el cónyuge termina a los 70 años.
Vida Acelerada	75% del beneficio por fallecimiento, Mínimo: \$10,000, Máximo: \$250,000
Exención de Prima	Si está discapacitado, el seguro continuará hasta los 65 años o hasta que ya no esté discapacitado.
Portabilidad	Incluido, sin necesidad de Prueba de Asegurabilidad
Conversión	Incluido
Cinturón de Seguridad/Bolsa de Aire	Empleado \$10,000/\$15,000 Dependiente \$5,000/\$7,500

Discapacidad a Corto Plazo

Tarifas Semanales de Discapacidad a Corto Plazo (Voluntaria) Máx \$750 por semana			
Edad	Tarifa	Edad	Tarifa
< 25	\$0.570	45-49	\$0.502
25-29	\$0.570	50-54	\$0.621
30-34	\$0.527	55-59	\$0.774
35-39	\$0.527	60+	\$0.995
40-44	\$0.459		

Las tarifas son por \$10 de beneficio semanal



Enfermedad Crítica

BENEFICIOS			
Todos los Empleados Elegibles			
Employee Critical Illness Benefit Amounts	El empleado puede elegir un beneficio total de \$5,000 a \$30,000 en incrementos de \$5,000		
Dependent Critical Illness Benefit Amount	El cónyuge puede elegir un beneficio total de \$2,500 a \$15,000 en incrementos de \$2,500 hasta el 50% del beneficio del empleado. Hijo: 50% de la prestación del empleado		
BENEFICIOS (continuación)			
Todos los Empleados Elegibles			
Condiciones Cubiertas (pagos en suma global)	Condición	Primera Ocurrencia	Segunda Ocurrencia
	Cáncer		
	Cáncer Invasivo:	100%	100%
	Carcinoma in Situ	30%	0%
	Tumor Cerebral Benigno	75%	0%
	Cáncer de Piel	\$250	No Cubierto
	Vascular		
	Ataque al Corazón	100%	50%
	Accidente Cerebrovascular	100%	50%
	Insuficiencia Cardíaca	100%	50%
	Arteriosclerosis Coronaria	30%	0%
	Otros		
	Fallo Orgánico	100%	50%
	Fallo Renal	100%	50%
	Enfermedad Infecciosa Contagiosa	30%	0%
Grupo 2 Condiciones Cubiertas	Primera Ocurrencia de estas enfermedades adicionales: Beneficio del 100%: ELA (Enfermedad de Lou Gehrig), Coma, Pérdida del Habla, la Vista o la Audición, Enfermedad de Parkinson, Quemaduras Severas Beneficio del 50%: Enfermedad de Alzheimer Beneficio del 30%: Enfermedad de Addison, Enfermedad de Huntington, Esclerosis Múltiple Parálisis Permanente: 50% por 1 extremidad, 100% por 2 extremidades		
Grupo 3 Condiciones Cubiertas por la Niñez	100% del Beneficio para Niños por la Primera Ocurrencia de Parálisis Cerebral, Labio/Paladar Hendido, Pie Zambo, Fibrosis Quística, Síndrome de Down, Distrofia Muscular, Espina Bífida y Diabetes Tipo 1.		
Beneficio de Bienestar	Proporciona un beneficio por año por completar ciertos exámenes o procedimientos de bienestar de rutina (consulte la sección de Destacados del Plan para ejemplos de procedimientos). Empleado \$50; Cónyuge \$50; Hijo \$50		
Límite de Edad Dependiente	0 días a 26 años (26 si es estudiante a tiempo completo)		
Limitación de condición preexistente	N/A		
Reducción de Beneficio del Importe Original	Edad Reducción 70 50%		

Enfermedad Crítica

PRIMA MENSUAL						
Empleado						
Montos de Beneficio	<30	30-39	40-49	50-59	60-69	70+
\$5,000	\$2.90	\$4.80	\$9.00	\$16.05	\$23.35	\$39.50
\$10,000	\$5.80	\$9.60	\$18.00	\$32.10	\$46.70	\$79.00
\$15,000	\$8.70	\$14.40	\$27.00	\$48.15	\$70.05	\$118.50
\$20,000	\$11.60	\$19.20	\$36.00	\$64.20	\$93.40	\$158.00
\$25,000	\$14.50	\$24.00	\$45.00	\$80.25	\$116.75	\$197.50
\$30,000	\$17.40	\$28.80	\$54.00	\$96.30	\$140.10	\$237.00
Cónyuge						
Montos de Beneficio	<30	30-39	40-49	50-59	60-69	70+
\$2,500	\$1.45	\$2.40	\$4.50	\$8.03	\$11.68	\$19.75
\$5,000	\$2.90	\$4.80	\$9.00	\$16.05	\$23.35	\$39.50
\$7,500	\$4.35	\$7.20	\$13.50	\$24.08	\$35.03	\$59.25
\$10,000	\$5.80	\$9.60	\$18.00	\$32.10	\$46.70	\$79.00
\$12,500	\$7.25	\$12.00	\$22.50	\$40.13	\$58.38	\$98.75
\$15,000	\$8.70	\$14.40	\$27.00	\$48.15	\$70.05	\$118.50

Primas	Las primas enumeradas son para la Edad de Emisión y no aumentarán debido al envejecimiento del asegurado.
Cónyuge	La tarifa del cónyuge se basa en el grupo de edad del empleado
Hijo	El costo del hijo está incluido con la elección del empleado.

Requisitos de Suscripción	Primas	Cónyuge	Hijos
Emisión Garantizada	\$30,000	\$15,000	Todos los montos para hijos están garantizados.

Accidente

Beneficios	
	Plan #1
	Todos los Empleados Elegibles
Horario	Plan de Valor
Contribución/Participación	Voluntario / 2 empleados inscritos
Cobertura por Accidentes	Fuera del trabajo
Muerte Accidental y Desmembramiento	
Beneficio por Muerte	Empleado: \$10,000 Cónyuge: \$5,000 Hijo: \$5,000 Cuadruplejía: 100% de la DA y D
Pérdida catastrófica	Pérdida del habla y la audición (ambos oídos): 100% de AD&D Pérdida de la función cognitiva: 100% de la EA y D Hemiplejía: 50% de la DA Paraplejía: 50% de la EA y D 200% de AD&D
Transporte Común Desastre Común	200% del beneficio AD&D del cónyuge
Desmembramiento	
Mano, Pie, Vista Pulgar/Dedo índice la misma mano, cuatro dedos la misma mano, todos los dedos del pie mismo Cinturones de seguridad y airbags Adaptaciones razonables para el hogar o el vehículo	Único: 50% del beneficio de AD&D Múltiple: 100% del beneficio de AD&D 25% de beneficio de AD&D Cinturones de seguridad: \$10,000 o cinturones de seguridad y bolsas de aire: \$15,000 \$2,500
Fondo de Emergencia	Monto del beneficio: Máximo de reinversión de \$300: Máximo del fondo de \$150: \$600
Beneficio de bienestar	Proporciona un beneficio de \$50 por año para completar ciertos exámenes o procedimientos de bienestar de rutina (consulte la sección Aspectos destacados del plan para ver ejemplos de procedimientos).
Portabilidad	Incluido sin evidencia
Límites de edad para niños	Nacimiento hasta los 26 años sujeto a limitaciones estatales
Ambulancia Aérea	\$750
Ambulancia	\$150
Sangre/Plasma/Plaquetas	\$300
Quemaduras (2° grado/3° grado)	De 9 pulgadas cuadradas a 18 pulgadas cuadradas: \$0 / \$2,000 18 Pulgadas cuadradas a 35 pulgadas cuadradas: \$1,000 / \$4,000 Más de 35 pulgadas cuadradas: \$3,000 / \$12,000
Quemadura – Injerto de piel	50% del beneficio de quemadura
Deporte Organizado Infantil	Aumento del 25% de las prestaciones por hijos a cargo
Visitas quiroprácticas	\$25 por visita hasta 6 visitas

Accidente

Beneficios (continuación)	
	Plan #1
	Todos los empleados elegibles
Coma	\$7,500
Estudio de referencia sobre conmociones cerebrales	\$25
Conmociones cerebrales	\$100
Examen de diagnóstico (especialización)	\$100
Dislocaciones	Programación de hasta \$3,000
Visitas de seguimiento al médico	\$25 hasta 6 tratamientos
Trabajo dental de emergencia	\$200/Corona \$50/Extracción
Tratamiento en la sala de emergencias	\$150
Anestesia epidural Manejo del dolor	\$100, 2 veces por accidente
Lesión ocular	\$200
Cuidado de la familia	\$20/día hasta 30 días
Fracturas	Programación de hasta \$4,000
Herida de bala	\$500
Ingreso hospitalario	\$750
Confinamiento hospitalario	\$150/día – hasta 1 año
Ingreso en la UCI hospitalaria	\$1,500
Confinamiento en UCI hospitalaria	\$300/día – hasta 15 días
Consultorio Médica Inicial/Atención de Urgencia Tratamiento de las instalaciones	\$75
Reemplazo de articulaciones (cadera/rodilla/hombro)	\$1,500/\$750/\$750
Cartílago de la rodilla	\$250
Laceración	Horario de hasta \$300
Alojamiento	\$100/día, hasta 30 días para estadía en un hotel complementario
Aparato médico	Horario de hasta \$400
Terapias ambulatorias	\$25/día hasta 10 días
Trastorno de estrés postraumático	\$300
Dispositivo protésico/extremidad artificial	1: \$250
2 o más: \$500	1: \$1,000
2 o más: \$2,000	
Confinamiento en la Unidad de Rehabilitación	\$50/día hasta 15 días
Disco roto con reparación quirúrgica	\$250
Cirugía (craneal, abdominal abierta, torácica)	Horario hasta \$1,000 Hernia:\$200
Cirugía: exploratoria o artroscópica	\$300
Tendón/Ligamento/Manguito rotador	1: \$250 2 o más: \$500
Transporte	\$0.50 por milla, limitado a \$400/ida y vuelta, hasta 3 veces por accidente
Lesión cerebral traumática	\$3,000
Radiografía	\$30

Accidente

TARIFAS MENSUALES	
	Plan #1
Empleado	\$7.07
Empleado y cónyuge	\$11.99
Empleado e hijo	\$12.90
Familia	\$17.82



Indemnización Hospitalaria

TARIFAS MENSUALES

	Solo para empleados	Empleado y cónyuge	Empleado e hijos	Familia completa
Rates	\$13.80	\$27.59	\$23.01	\$36.80

BENEFICIOS

	Todos los empleados elegibles
Ingreso en el hospital/UCI	\$1000 por admisión hasta un máximo de 2 admisiones por año, por asegurado
Confinamiento en hospitales/UCI	\$100 / \$200 por día hasta un máximo de 30 días al año, por asegurado
Exámenes de salud	\$50 por día de cribado hasta un máximo de 1 día al año, por asegurado
Límites de edad de los dependientes	Nacimiento del niño a los 26 años (26 si es estudiante a tiempo completo)
Tratamientos cubiertos	Enfermedad y lesión
Tratamiento del embarazo normal	Los beneficios de admisión hospitalaria no se pagan por nacimiento dentro de los primeros 9 meses de cobertura. Consulte la sección Limitaciones y exclusiones del plan a continuación para obtener más detalles.



**Esta comunicación representa un breve resumen de los diversos beneficios disponibles para usted y se proporciona solo como referencia. Las pólizas reales emitidas por la Compañía de Seguros determinan la cobertura y contienen exclusiones, limitaciones, términos, condiciones y requisitos de cobertura completa. Los avisos incluidos en este documento no reemplazan el requisito de comunicación del Empleador.*