



Resumen de Plan de Beneficios para Empleados

Aetna 2008-09

Póliza # 474789

Diversified Employee Benefit Services, LLC
3463 Magic Drive, Suite 137
San Antonio, TX 78229
(800) 990-3427

Indice

1. Beneficios de Seguro Médico Aetna
2. Beneficios de Seguro Dental Aetna
3. Beneficios de Seguro de Vida Aetna
4. Beneficios de Seguro de Vista Block Vision
5. Cuando inscribirse/Localizar un proveedor
6. Formulario de Contribución para recibir Beneficios
7. Inscripción
8. Conformidad HIPAA
9. Notas

Beneficios Médicos de Aetna

<i>Nombre de Red</i>	<i>Aetna PPO OAMC</i>
CoPago Médico	\$25 CoPago
CoPago Especialista	\$40 CoPago
CoPago Receta Médica	\$5/\$30/\$50
Deducible Anual <u>Empleado paga \$1,000</u> Compañía paga \$4,000	\$5,000 Dentro de la Red/ \$10,000 Fuera de la Red
CoSeguro	100/0 Dentro de la Red / 70/30 Fuera de la Red
Máximo de su bolsillo	\$0 Dentro de la Red / \$4000 Fuera de la Red
	Familia X3
Centro de Cuidado Urgente	\$75 CoPago
Centro de Sala de Emergencias	\$150 CoPago
En Hospital	Unicamente el Deducible
Cirugía de Paciente No Internado	Unicamente el Deducible
Rayos X e Imagenes Complejas, MRI, CAT	\$25 CoPago Dentro de la Red
Exámenes e Inyecciones para Alergias	\$25 Copago Dentro de la Red
Exámenes de Rutina para el Bienestar de Adultos y Niños	\$25 CoPago Dentro de la Red
Mamogramas de Rutina	100% Dentro de Red / 30% Fuera de Red
Salud Mental	Hospitalizado 100% dentro de Red Paciente No Internado \$40 CoPago dentro de Red

	Empleador Paga Mensualmente	Usted Paga Por Semana
Unicamente Empleado	\$265.22	\$0.00
Empleado + Hijo(a)(s)	\$647.30	\$76.85
Empleado + Esposo(a)	\$603.30	\$86.85
Familia	\$726.22	\$104.79

Información MERP

Glazier Foods Company ha implementado un Plan de Reembolso de Gastos Médicos para asistir a cada empleado de tiempo completo al pagar una porción de su deducible. El fondo MERP también reembolsara a cada empleado un copago por un examen rutinario para el bienestar. Empleados de tiempo completo seran elegibles después del primero del mes al transcurrir (30) days de empleo continuo e inscripción en el plan médico.

Beneficios de Seguro Dental Aetna

Plan Dental:	DHMO
	Paciente Paga:
CoPago Oficina Dental	\$5
Máximo Anual	ilimitado
Servicios de Diagnóstico	100%
Serie de Rayos X de Boca Completa	n/c
Aleta de Mordida	n/c
Rayos X Panorámicos	n/c
Evaluaciones Orales	n/c
Servicios Preventivos	
Prophy – Adulto	\$8
Fluoruro – Niño(a)	n/c
Sellador – Por Diente	\$8
Mantenedor de Espacio	\$80
Servicios Restaurativos	
Amalgama – 1 a 4+ dientes	\$16 a \$40
Resina – 1 a 4+ dientes	\$25 a \$60
Relleno Sedativo	\$8
Coronas & Puentes	Vea plan de Tarifas
Endodoncia	Vea plan de Tarifas
Periodoncia	Vea plan de Tarifas
Prostodoncia	Vea plan de Tarifas
Ortodoncia	
Adulto & Menor	\$1945

Para Resumen Completo de Beneficios Dentales DHMO, vea plan de Tarifas

Unicamente Empleado	\$3.25
Empleado + Esposo(a)	\$6.40
Empleado + Hijo(a)(s)	\$8.23
Familia	\$11.38

Descripción de Plan de Descuento Dental Aetna

Usted Recibe 30% de descuento de servicios de proveedores participantes.

Unicamente Empleado	\$.69
Familia	\$1.12

Beneficio de Seguro de Vida Aetna

Seguro de Vida Básico:

Glazier Foods Company provee un Seguro Básico de Vida y Muerte Accidental y Desmembramiento (AD&D) para usted el empleado sin costo. Además puede adquirir Seguro de Vida adicional para usted y los miembros de su familia. Esta es su oportunidad de comprar cobertura de seguro de vida a un bajo costo para usted, su esposo(a), e hijos. La Prima esta basada en su edad y es deducida de su cheque de pago.

Seguro de Vida Básico

Todo Empleado-Pagado por Empleador	
Termino de Vida con AD & D	\$30,000.00

Otras Características	~Muerte Accidental & Desmembramiento
	~Beneficio Adelantado
	~Privilegio de Conversión

Compra Voluntaria de Tarifas de Vida

Tarifas Semanales	
Tarifas para esposo(a) estan basados en la edad del Empleado	
Edad	Tarifa
Menos de 30	\$0.03 /\$1,000
30 – 34	\$0.03/\$1,000
35 – 39	\$0.04/\$1,000
40 – 44	\$0.05/\$1,000
45 – 49	\$0.07/\$1,000
50 – 54	\$0.12/\$1,000
55 – 59	\$0.20/\$1,000
60 – 64	\$0.25/\$1,000
65 – 69	\$0.36/\$1,000
70 - 74	\$0.57/\$1,000
Mayor de 74	\$0.91/\$1,000

Vida Dependiente Básica:	
Beneficio Esposo(a)	\$5,000
Beneficio Hijo(a)(s)	\$2,500
Tarifa Semanal: \$0.69	

El empleado puede comprar 3 veces su salario actual a un máximo de \$200,000.

Esposo(a) dependiente puede adquirir solo 50% de lo que el empleado adquiriera a un máximo de \$50,000

Beneficios de Seguro de Vision Block Visión

CoPago	\$ 10 Examen; \$10 Anteojos
Monturas	\$125 Bonificación
Lentes	
Visión Simple	Cobertura Completa*
Bifocal	Cobertura Completa *
Trifocal	Cobertura Completa *
Asférico-Lenticular	Cobertura Completa *
Lentes de Contacto**	
Lentes Electivos	\$150 Bonificación*
Medicamento Requerido	Cobertura Completa

Frecuencia:	
Examen de Visión	Una Vez cada 12 Meses
Monturas	Una Vez cada 12 Meses
Lentes	Una Vez cada 12 Meses
Lentes de Contacto	Una Vez cada 12 Meses

Unicamente Empleado	\$2.19
Empleado + Un Dependiente	\$3.72
Empleado + Familia	\$5.46

*Después de que el miembro pague el copago mostrado arriba.

**Lentes de contacto y servicios profesionales relacionados estan cubiertos en lugar de anteojos.

Si usted elige la cobertura Block Vision de Texas, Block provee cuidado de la vision economico y de calidad. Por favor visite www.blockvision.com para una lista de proveedores.

Cuando Puede Inscribirse y Cambiar sus Beneficios?

Glazier Foods Company ha establecido deducciones antes de impuestos para todas las líneas de coberturas que son deducidas de la nómina de pago. Sus contribuciones son tomadas de su pago antes de impuestos federales, que resulta en un pago neto más alto comparado a deducciones aplicadas después de impuestos.

Usted puede inscribirse para participar a 30 días de:

~Si usted es un Empleado nuevo, es elegible a principios de mes después de un periodo de 30 días de prueba.

Periodo Especial de Inscripción – Usted tiene hasta **30** días para cambiar su cobertura debido a uno de los siguientes eventos de vida calificantes.

~Matrimonio o Divorcio;

~Muerte de esposo(a) o dependiente;

~Nacimiento de un hijo(a);

~Adopción legal de un niño(a) o cambio en la custodia de un dependiente;

~Cambio en el estado laboral de su esposo(a);

~Pérdida de otra cobertura.

Localizar proveedores en la página de Internet de Aetna

DocFind es el principal proveedor de buscador en línea de Aetna. Listas Actualizadas de médicos, dentistas, otros profesionales de la medicina y centros participantes están disponibles al alcance de sus dedos. Usted puede buscar un proveedor en línea por nombre, especialidad, identificación, género y/o afiliación de hospital.

DocFind le permite buscar a un proveedor en el sistema más actualizado. DocFind es actualizado tres veces por semana, dándole acceso a la información disponible más reciente. Si usted desea atención personalizada puede entrar al Navegador de Aetna. El Navegador de Aetna es un sitio de internet de servicios para miembros en línea. Al registrarse, usted obtendrá una versión personalizada de DocFind, que pre-registra su nombre de plan y código postal, haciendo de su búsqueda aún más fácil. Mientras se encuentre ahí, usted puede revisar el estatus de su reclamo, solicitar tarjetas de identificación, contactar a Servicios de Miembro Aetna y más.

Para tener acceso a DocFind simplemente entre a www.aetna.com. Si no está inscrito en el plan Aetna vaya directamente a DocFind desde la página principal de Aetna. Una vez que se haya inscrito en el plan de Aetna, vaya al Navegador de Aetna para acceder a DocFind.

Instrucciones básicas para trabajar con la búsqueda estándar de DocFind.

1. Mete la información geográfica para el área donde usted desea encontrar a un proveedor participante.
2. Seleccione el tipo de proveedor que usted desea encontrar, tal y como un Médico de Cuidados Primarios (PCP), Especialista, Dentista, Hospital Médico, o Farmacia.
3. Seleccione el Plan: Managed Choice POS (Open Access)
4. Si usted desea, simplifique su búsqueda por especialidad, género, idiomas hablados, afiliación de hospital y/o nombre. O, solicite una lista de todos los proveedores que estén al acorde con sus requerimientos geográficos y de plan.
5. Hecho! Usted será presentado con una lista de proveedores que llenen su criterio. Usted puede obtener información adicional acerca de cada proveedor al hacer clic en el link "Provider Detail".

Necesita un directorio de Papel?

Si usted ya es un miembro de Aetna, por favor llame gratis al número de Servicios al Miembro que se encuentra en su tarjeta de identificación.

HIPAA Formulario de Conformidad

Al menos que sea instruido de otro modo, regrese este formulario a: Diversified Employee Benefit Services, LLC., 3463 Magic Drive, Ste. 137 San Antonio, TX 78229

Sección A: El individuo para quien esta autorización ha sido solicitada. Por favor complete lo siguiente:

X _____
NOMBRE NUMERO DE GRUPO IDENTIFICACION/NUMERO DE SUBSCRIPTOR

NUMERO DE SEGURO SOCIAL FECHA DE NACIMIENTO

DIRECCION CIUDAD ESTADO CODIGO POSTAL

AREA CODE & PHONE NUMBER EMAIL ADDRESS (IF AVAILABLE)

Sección B: Médico, Proveedor de Servicio de Hospital, Farmacias, Dentistas & Todo Proveedor de Servicios Médicos, el individuo autoriza al empleado de DEBS a procesar, archivar, servicios, etc. cualquier reclamo diagnosticado.

Esta autorización expira el : _____ (Escriba fecha o evento)

Describa la razón para proporcionar o solicitar información:

- A la petición del individuo
 Otro: _____

Sección C: Yo entiendo que:

- Esta autorización va a expirar en la fecha o evento enlistado arriba en la Sección B.
- Esta autorización es voluntaria.
- Pago, inscripción o elegibilidad para beneficios de mi cuidado médico no serán afectados si no firmo esta forma.
- Yo puedo revocar esta autorización en cualquier momento al notificar por escrito a la compañía/individuo mencionado en Sección B al proveer el PHI identificado en esta autorización, pero si revoco esta autorización, no tendrá ningún efecto en cualquier acción tomada por Diversified Employee Benefit Services antes de que recibieran la revocación.
- Información revelada como resultado de esta autorización ya no será más protegida por las leyes federales de privacidad y podrá ser revelada por la compañía o individuo que reciba la información.
- Yo debo retener como mi copia un duplicado de las formas de autorización que recibí.

Sección D: Firma.

Yo autorizo por la presente el uso o revelación de la Información Protegida de Salud como descrito en Sección B para el individuo mencionado en Sección A.

X _____
Firma de Individuo o Representante Personal de Individuos Fecha: Mes/Día/Año

Sección E: Si Sección D es firmada por un Representante Personal, Por favor complete la siguiente información:

Nombre de Representante Personal Relación con Individuo

Dirección del Representante Personal Ciudad Estado Código Postal

Código de Área y Teléfono de Representante Personal Correo electrónico de Representante Personal (si es disponible)

Solicitud de Inscripción

I. Información de Empleado (Por favor escriba en letra imprenta y llene toda la información)

Seguro Social	Apellido	Nombre	Middle Initial	Para uso de Empleador solamente	
				Grupo #	Localización #
Dirección	Ciudad	Estado	Código Postal	Clase:	Ganancias Anuales
Teléfono	Fecha de Nacimiento	Ocupación		Fecha Efectiva de Cobertura	Fecha de Empleo

II. Opciones de Plan para Plan de Año 2008-2009 (Marque todo lo que aplique.)

Nuevos Empleados: Beneficios comenzaran el primero del mes después de 30 días de Empleo.

Elecciones Medicas:	Elecciones Dentales:	Vida Basica: (Pagado por Empleador)	Vida Voluntaria:	Elecciones Vision:	Renuncia (Negación de Cobertura):
Plan 1 <input type="checkbox"/>	DHMO <input type="checkbox"/> Descuento <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Basic Dependent Life:	Uno Mismo: \$ _____ Esposo(a)\$ _____ Niño(a) \$ _____ Niño(a) \$ _____	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> EO <input type="checkbox"/> ESP <input type="checkbox"/> ECH <input type="checkbox"/> FAM <input type="checkbox"/>	Medical: Uno Mismo <input type="checkbox"/> Esposo(a) <input type="checkbox"/> Hijo(s) <input type="checkbox"/> Dental: Uno Mismo <input type="checkbox"/> Esposo(a) <input type="checkbox"/> Hijo(s) <input type="checkbox"/> Vision: Uno Mismo <input type="checkbox"/> Esposo(a) <input type="checkbox"/> Hijo(s) <input type="checkbox"/>
Unicamente Empleado <input type="checkbox"/> Empleado & Esposo(a) <input type="checkbox"/> Empleado & Hijo(s) <input type="checkbox"/> Familia <input type="checkbox"/>	EO <input type="checkbox"/> ESP <input type="checkbox"/> ECH <input type="checkbox"/> FAM <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			

III. Información de Miembro (POR FAVOR ESCRIBA EN LETRA IMPRENTA Y LLENE TODA LA INFORMACION)

Indique si usted o sus dependientes se inscriben para cobertura medica o dental al llenar los siguientes espacios.

Nombre de todos aplicando para cobertura	Genero	Fecha de Nacimiento	Seguro Social
Empleado			
Esposo(a)			
Niño(a)			
Niño(a)			
Niño(a)			
Niño(a)			

IV. Información de Beneficiario (POR FAVOR ESCRIBA EN LETRA IMPRENTA Y LLENE TODA LA INFORMACION)

Nombre de Beneficiario	Relación	Porcentaje	Seguro Social	Fecha de Nacimiento

YO AUTORIZO A MI EMPLEADOR A DEDUCIR DE MIS GANANCIAS LA(S) CONTRIBUCIONE(S) NECESARIAS PARA LA COBERTURA PREVIAMENTE MENCIONADA.

Firma de Empleado _____
Fecha

Si usted esta rechazando inscripción para usted o sus dependientes (incluyendo su esposo(a)) a causa de otra cobertura de salud, usted podra inscribirse a usted o sus dependientes en el futuro, si es que solicita inscripción dentro de 31 días después de que su otra cobertura termine. Además, si usted tiene nuevos dependientes como resultado de matrimonio, nacimiento, adopción o coloque en adopción, usted podra inscribirse a usted o sus dependientes en el futuro, si es que su solicitud de inscripción este dentro de 31 días después de matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopciones.

YO NO DESEO INSCRIBIRME en este momento y entiendo que la oportunidad de inscripción en el futuro sera sujeta a dichos arreglos que deban ser echos con la compañía

Firma de Empleado _____
Fecha

Forma de Contribución para recibir Beneficios

SEGURO MEDICO

Si elige cobertura para:	Empleador Paga Mensualmente	Usted Paga por Semana	Su Costo:
Unicamente Empleado	\$265.22	\$0.00	\$ _____
Empleado & Hijo(s)	\$647.30	\$76.85	
Empleado & Esposo(a)	\$603.30	\$86.85	
Familia	\$726.22	\$104.79	

SEGURO DENTAL

Si elige cobertura para:	Aetna Descuento Dental - Aetna Network	DHMO	Su Costo:
Unicamente Empleado	\$ 0.69	EO	\$3.25
		EC	\$8.23
Familia	\$1.12	ESP	\$6.40
		FAM	\$11.38

SEGURO DE VIDA VOLUNTARIO

Su Costo de periodo de pago es basado en su edad y la cantidad de cobertura que seleccione. Haga referencia a la Tabla de Tarifas para tarifas.

Si elige cobertura para:		Su Costo:
Empleado:		\$ _____
Esposo(a):		\$ _____
Niño(a):		\$ _____

SEGURO DE VISION

Si elige cobertura para:		Su Costo:
Unicamente Empleado	\$2.19	\$ _____
Empleado + 1	\$3.72	
Familia	\$5.46	
Su total contribución semanal:		\$ _____

Este folleto esta diseñado para información general solamente y no debera ser interpretado como un contrato(s). Por favor consulte su libretto de beneficios para detalles o contacte Diversified Employee Benefit Services, LLC. si tiene preguntas.

NOTAS

Información Importante de Contactos

Información de Corredor

Diversified Employee Benefit Services, LLC.
3463 Magic Drive, Suite 137
San Antonio, TX 78229
(210) 558-3377 (210) 558-3332 Fax

Stephen Geri, Agent – sgeri@dibsinsurance.com

Para todo asunto sobre servicios:
Afton Smith – asmith@dibsinsurance.com

Información de Asegurador

Aetna, Inc.
Numero de Póliza: 474789
Servicio y Miembros/Reclamos: (888) 416-2277

Farmacia Aetna (24 horas/7 dias):
(Asuntos de Farmacia solamente: Debera estar inscrito en el sistema para beneficios de recetas medicas)
(800) 238-6279

Dirección de Departamento de Reclamos:
P.O. Box 14586
Lexington, KY 40512-4586

Información sobre pedidos por correo de Recetas Medicas
(866) 612-3862
www.AetnaRxHomeDelivery.com

