

**P: ¿Cómo se comparan estos planes de beneficios limitados con otros planes de seguro médico principal?**

R: Los planes de beneficios limitados no son planes de seguro "médico principal". Tienen el propósito de ayudarlo a pagar gastos médicos básicos, no eventos catastróficos. En el Resumen de descripción del plan (SPD) puede ver los detalles del diseño de su plan y las limitaciones y exclusiones de los beneficios.

**P: ¿Cómo funciona el deducible?**

R: Todos los gastos elegibles (por servicios externos o internos) están sujetos al deducible y al co-pago, excepto las visitas al consultorio, tal como se describe abajo.

**P: ¿A qué doctores puedo consultar?**

R: Para hallar a un doctor en su área, llame al teléfono que está en el reverso de su tarjeta de identificación, o imprima un directorio de su red personal, en [www.beechstreet.com](http://www.beechstreet.com). Si vive en Arkansas o en Utah, tendrá acceso a la red PHCS. Puede imprimir un directorio de su red personal, en [www.phcs.com](http://www.phcs.com). En la página de internet debe seleccionar "PHCS Healthy Directions". Los residentes de West Virginia tendrán acceso a la red Multiplan. Para ver a los proveedores que participan en Multiplan, visite [www.multipan.com](http://www.multipan.com).

**P: ¿Tengo que ir a un proveedor de la red?**

R: No se requiere que visite a un proveedor de la red. Si visita a un proveedor que está en la red de PPO, recibirá dos ventajas clave:

- Recibirá descuentos en todos los servicios de la red de PPO.
- El proveedor presentará el reclamo a los administradores del plan.

Cuando utiliza a un proveedor de la red, este presentará el reclamo por usted y el plan le pagará al proveedor. Usted será responsable de pagar la diferencia entre la tarifa de descuento de la red y el pago del plan.

**P: ¿Qué cubre el co-pago de la consulta?**

R: Las consultas de los doctores se cubren al 100% después de un co-pago de \$15, e incluyen los gastos médicos cubiertos realizados en los consultorios, y están sujetos a limitaciones y exclusiones. En las consultas al doctor no se tiene que pagar el deducible, pero el deducible y el co-seguro del 80% se aplicarán a todos los cargos por servicios prestados fuera del consultorio (por ejemplo: facturas separadas por servicios de laboratorio y rayos X).

**P: ¿Qué gastos médicos se cubrirán?**

R: Los ejemplos incluyen: facturas del hospital, facturas de doctores, recetas médicas, laboratorio y rayos X, equipo y suministros médicos, terapia, atención médica en casa y atención por servicios internos en hospitales. Para más detalles, vea el Resumen de descripción del plan (SPD).

**P: ¿Qué reglas se aplican?**

A: Para que los gastos estén cubiertos, deben:

- ser realizados y ordenados por un médico licenciado;
- ser médicamente necesarios para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades o lesiones, y
- no estar excluidos por la póliza de grupo.

**P: ¿Hay alguna exclusión de condiciones preexistentes?**

R: Sí. La cobertura de salud de grupo que está solicitando quizá no provea beneficios para condiciones preexistentes en un período de 12 meses para las personas que se registraron cuando eran elegibles y para quienes se registraron en un período de registro especial, o en un período de 18 meses para las personas que se registraron tardíamente. Este período se puede reducir si antes tenía una cobertura acreditable y presentó el Certificado de cobertura acreditable a Planned Administrators Inc. (PAI). Hasta que se reciba este certificado y se tome la determinación de que tiene o no el derecho a un período reducido de exclusión para la condición preexistente, se negarán todos los reclamos que presente para una condición preexistente en un período de 12 meses (o 18 meses para quienes se registraron tardíamente). Si posteriormente se recibe el Certificado de cobertura acreditable u otra evidencia de ésta, se reconsiderará su reclamo.

**P: ¿Cómo se cubren los cargos del médico por servicios internos?**

R: Los cargos del médico por servicios internos (por ejemplo la cirugía, la anestesia y las visitas del doctor mientras usted está hospitalizado) se cubren al 80% hasta llegar al máximo anual del plan.

**P: ¿A qué se refiere el límite de servicios internos?**

R: Se refiere a los cargos del hospital, sin incluir cuarto y comida, durante la hospitalización del paciente.

Los ejemplos incluyen: medicinas, suministros, etc.

**P: ¿Qué pasa si voy a la sala de emergencia?**

A: Los cargos por la sala de emergencia se cubrirán igual que se hace con los otros gastos por servicios externos, sujetos al deducible y al co-seguro, a menos que lo hospitalicen. Si lo hospitalizan, los cargos por la sala de emergencia se cubrirán como un gasto por servicios externos.

**P: ¿Cuándo me llegará la tarjeta de identificación?**

R: La tarjeta de identificación y la carta de Confirmación de cobertura se le enviarán por correo dentro de los 10 días siguientes a su fecha efectiva. Si no recibe estos documentos o si cambia de domicilio, llame al departamento de servicio al cliente de Essential StaffCARE al 1-866-798-0803. Muestre su tarjeta de identificación al proveedor cuando lo visite. Las tarjetas de identificación son usadas por los proveedores para verificar la identidad de los miembros y su elegibilidad.

**P: ¿Se ofrecen los beneficios de discapacidad a corto plazo en todos los estados?**

R: Los beneficios de discapacidad a corto plazo (STD) no están disponibles para personas que trabajan en California, Hawaii, New Jersey, New York y Rhode Island.

**P: ¿Cómo funciona el plan de recetas médicas?**

R: Al registrarse en el plan médico, usted queda automáticamente cubierto por el programa de recetas médicas a través de Caremark. Caremark tiene una red nacional con más de 53,000 farmacias participantes. Muestre su tarjeta de identificación en las farmacias participantes para recibir descuentos en las recetas. Guarde el recibo y envíe un reclamo de reembolso. No se pagarán beneficios por medicinas y productos que se venden sin receta ni por medicinas que le administren a usted mientras está hospitalizado.

Nota: Algunos planes incluyen un beneficio llamado “Enhanced Rx” en el que la farmacia acepta un co-pago en el punto de compra. El beneficio para recetas médicas podría estar sujeto a un máximo mensual o a un máximo anual para pacientes externos. Asegúrese de presentar su tarjeta de identificación al pedir su receta y consulte los detalles específicos del plan.

**P: ¿Cuándo me puedo registrar?**

R: Se puede registrar durante el período anual de registro del grupo, en los 30 días siguientes a su primer cheque de pago o cuando tenga un evento de vida calificado. Un evento de vida calificado (QLE) se define como un cambio en su estatus debido a los siguientes casos: matrimonio, divorcio, nacimiento o adopción de un niño, despido, muerte de un familiar inmediato, elegibilidad para Medicare, bancarrota del empleador, pérdida del estatus de dependiente o pérdida de la cobertura anterior. Además, usted puede solicitar un registro especial (para usted, su esposa/o y/o sus dependientes elegibles) en los 60 días a partir (1) de la pérdida de la cobertura bajo Medicaid o bajo un Programa estatal de seguro de salud infantil

(SCHIP), o (2) de ser elegible para la asistencia premium de SCHIP bajo este beneficio médico. Junto con el formulario de registro, debe presentar una prueba del evento.

**P: ¿A quién se le considera un dependiente elegible?**

R: Entre los dependientes elegibles están la esposa/o del empleado/a y sus hijos hasta la edad de 26 años.

**P: ¿Cuándo comienza la cobertura?**

R: Si las primas se deducen a través de la nómina, generalmente la cobertura empieza el lunes siguiente a la fecha del cheque al que se le descontaron las primas.

**P: ¿En este plan hay cobertura para los anticonceptivos?**

R: Sí, los anticonceptivos orales están cubiertos por el beneficio de recetas médicas. Los anticonceptivos que no son orales no están cubiertos.

**P: ¿Se cubren los beneficios para la maternidad?**

Sí, los beneficios para la maternidad se cubren igual que las otras condiciones cubiertas bajo este plan.

**P: ¿Hay personas disponibles para dar ayuda?**

R: ¡Sí! Si tiene más preguntas sobre su plan o sobre los reclamos, llame al administrador del plan al 1-866-798-0803 de 8:30 a.m. a 8:00 p.m. tiempo estándar del Este. Hay una línea telefónica en la que lo pueden ayudar con traducción a la mayoría de los idiomas.