

P: ¿Qué es el plan de salud de compensación fija por cargos médicos y cómo se pagan los beneficios?

R: Los planes de compensación fija por cargos médicos le dan un pago en efectivo por los servicios cubiertos. El plan Essential StaffCARE o Medical StaffCARE incluye a la red de la Organización de Proveedores Preferidos (PPO) Beech Street, aunque en algunos estados se podría incluir otra red. En el reverso de su tarjeta de identificación verá el logotipo de la red de PPO y su número de teléfono. Si visita a un proveedor en la red, este presentará el reclamo por usted. Si utiliza a un proveedor que no está en la red, él no presentará el reclamo; usted tendrá que enviar el reclamo junto con una copia del recibo para que le envíen el pago total de los beneficios a usted.

P: ¿Cómo se comparan estos planes de compensación fija por cargos médicos con otros planes de seguro médico principal?

R: Eso depende del diseño del plan, pero un plan de compensación fija por cargos médicos no es un plan de "seguro médico principal". Tiene el propósito de ayudarlo a pagar necesidades médicas básicas, no eventos catastróficos.

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 la cantidad programada. Usted será responsable de pagar la diferencia entre la tarifa de descuento de la red y la cantidad de la programación del plan.

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: ¿En esta póliza hay alguna cláusula sobre condiciones pre-existentes?

R: No hay ninguna cláusula sobre condiciones pre-existentes aplicable a los beneficios médicos. Aunque previamente le hayan diagnóstico un padecimiento, usted puede recibir cobertura para los servicios relacionados a tal condición tan pronto como la cobertura entre en efecto. Sin embargo, hay ciertas exclusiones de condiciones pre-existentes para la discapacidad a corto plazo.

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: ¿Hay algún co-pago o deducible?

R: En este plan no hay co-pagos ni deducibles. El plan paga una cantidad fija.

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?

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

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. El plan paga una cantidad fija por medicinas genéricas y por medicinas de marca. 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 paga el beneficio 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: ¿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: ¿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.