

Essential StaffCARE

Para respuestas a sus preguntas, llame peaje liberan 1-866-798-0803.

Preguntas frecuentes:

P: ¿Cómo funciona el deducible?

R: Todos los gastos elegibles están sujetos al deducible y al coseguro, *con excepción* de las visitas al consultorio las cuales se describen más abajo.

P: ¿Qué cubre el copago de consultorio?

R: Sujeto a las exclusiones y limitaciones de la póliza, las visitas al consultorio médico se cubren en un 100% después de abonar un copago de \$15 por todos los gastos de prácticas médicas cubiertas que se lleven a cabo en el consultorio. El deducible no se aplica a las visitas al médico; sin embargo, sí se aplica junto con un coseguro del 80% a los costos de prácticas que se realicen fuera del consultorio (a excepción de los servicios de laboratorio y las radiografías que se facturan por separado).

P: ¿A qué médicos puedo ver?

R: Llame al número que figura en el reverso de su tarjeta de identificación para encontrar un médico de la red en su zona; también puede imprimir un directorio de personal dentro de la red en su zona en www.beechstreet.com. Los inscriptos en Alabama, Arkansas, Tennessee, Wisconsin y Utah pueden acceder a la red de los Estados Unidos (*USA Network*) para encontrar a los proveedores participantes en www.usamco.com. Los proveedores de la red han acordado tarifas preferenciales con descuentos por sus servicios, lo que puede hacer que USTED AHORRE DINERO.

Sin embargo, puede visitar a cualquier médico certificado. Si elige ver a un proveedor que no pertenezca a la red, usted aún estará cubierto por el plan con un coseguro del 80%, pero no recibirá los descuentos de la red PPO (Organización de Proveedores Preferidos).

P: ¿Qué gastos médicos se cubrirán?

R: Los ejemplos incluyen: facturas de hospital, facturas del médico, fármacos con receta, laboratorio y radiografías, equipo y suministros médicos, terapia, atención médica a domicilio y cuidados de hospicio para personas hospitalizadas. Para obtener detalles consulte su [certificado de seguro/descripción del plan].

P: ¿Qué reglas se aplican?

R: Para contar con cobertura, los gastos médicos deben:

- Ser administrados y ordenados por un médico certificado.
- Ser clínicamente necesarios para el diagnóstico y tratamiento de una herida o enfermedad.
- No estar excluidos por la póliza.

P: ¿Hay alguna exclusión para enfermedades preexistentes?

R: Sí. La cobertura de salud grupal que usted está solicitando puede no brindar beneficios para condiciones preexistentes por un período de 12 meses para aquellas personas que se inscriben apenas son elegibles o que lo hacen durante un Período de inscripción especial, o por un lapso de 18 meses para aquellas que se inscriben tarde. Se puede reducir este período si usted tenía Cobertura acreditable previa y proporciona a Planned Administrators Inc. un certificado de cobertura acreditable. Hasta que se reciba este certificado y se tome una decisión respecto de si usted tiene derecho o no a un período de exclusión reducido para condiciones preexistentes, se rechazará cualquier reclamo presentado por una condición preexistente en la que se incurra durante el período de 12 meses (o de 18 para quienes se inscriban tarde). Si posteriormente se recibe un certificado u otra prueba de Cobertura acreditable, se reconsiderará el reclamo.

P: ¿Cómo se cubren los gastos por servicios médicos de los pacientes hospitalizados?

R: Los gastos por servicios médicos de los pacientes hospitalizados (tales como cirugía, anestesiología y visitas médicas dentro del hospital) se cubren en un 80% hasta el máximo del plan de \$5,000 por año.

P: ¿A qué hace referencia el Límite para pacientes hospitalizados?

R: A los gastos facturados por el hospital durante la internación del paciente que no sean habitación y comida. Algunos ejemplos son: medicamentos, suministros, etc.

P: El plan medico, ¿cubre las píldoras anticonceptivas?

R: No, a menos que lo establezca una ley estatal o que sean clínicamente necesarias para el tratamiento de una enfermedad.

P: ¿Qué sucede si concurro a una sala de emergencias?

R: Los gastos de sala de emergencias se cubrirán como cualquier otro gasto de pacientes no hospitalizados, sujetos al deducible y al coseguro, a menos que usted quede internado en el hospital. En este caso, los gastos de sala de emergencias se cubrirán como gastos de paciente hospitalizado.

P: ¿Recibiré una tarjeta de identificación?

R: Sí. Una vez que se tramita su inscripción se genera una tarjeta de identificación en forma automática y se envía a su domicilio particular luego de la primera deducción en la liquidación de haberes. La entrega se hace dentro de las 3 semanas. Si una vez transcurrido este lapso usted no recibió la tarjeta, contacte a los servicios para miembros al 1(866) 798-0803.

P: ¿Están cubiertos los fármacos con receta?

R: Sí. Una vez que usted abona los medicamentos que requieren receta puede presentar el recibo junto con un formulario de reclamo para reembolso conforme al plan, pagadero en un 80% luego del deducible y sujeto al Límite para pacientes ambulatorios.