

Beneficios médicos para proveedores de IHSS

¿QUIÉN CALIFICA? Cualquier proveedor de IHSS al que le paguen 80 horas o más por mes puede calificar para recibir cobertura médica, dental y óptica (disponible solo como un paquete y solo para usted). **Para calificar**, primero debe completar y enviar una solicitud de inscripción. Puede pedir una solicitud llamando al 510-577-3551 o completando y enviando una tarjeta postal de solicitud. Todas las solicitudes deben enviarse **antes del día 10** del mes para ser considerado para cobertura el primer día del mes siguiente.

INICIO DE LA COBERTURA: La elegibilidad depende de si se registraron **160 horas pagadas** durante dos meses consecutivos, con al menos una hora pagada en cada mes. Una vez que completa y envía la solicitud, su cobertura puede tardar hasta noventa (90) días en comenzar. Después de reunir de forma satisfactoria los requisitos de elegibilidad de las horas pagadas, le enviaremos por correo una carta de confirmación con la fecha entrada en vigor. Las deducciones de la prima se descuentan automáticamente del primer sueldo que recibe cada mes. Si no se hace ninguna deducción, se le enviará la factura directamente. Si no paga las primas a tiempo, podría dejar de recibir la cobertura de beneficios médicos y anularse su inscripción.

MANTENIENDO COBERTURA: Una vez que comenzó la cobertura, deberá seguir recibiendo **pago de 80 horas o más por mes** para seguir teniendo cobertura. Nos referimos la fecha en la que se **emite** el cheque, que puede encontrarse en la parte superior de su nómina cerca del nombre del beneficiario, para determinar en qué mes se acreditarán sus **horas pagadas**. Esas **horas pagadas** deben figurar en la base de datos de nóminas del Estado para que se las acrediten. La cobertura **NO** se basa en las horas “trabajadas”, sino solo en las horas **PAGADAS**, como figuran en la base de datos de nóminas del Estado.

PÉRDIDA DE COBERTURA: Si le pagan menos de 80 horas en un mes, recibirá una **carta de advertencia por horas bajas**; en la que le informará que está en riesgo de perder la cobertura de beneficios médicos. Esta es una cortesía que le da la oportunidad de resolver cualquier problema de nómina que pudiera tener. Sin embargo, si le pagan menos de 80 horas durante dos meses consecutivos, dejará de recibir los beneficios médicos. Si deja de recibirlos por un cambio de horario o por un error en la nómina, su *inscripción* se mantendrá activa en nuestra base de datos, y volverá a tener cobertura cuando vuelva a reunir los requisitos de la cobertura inicial de 160 horas **pagadas** durante un período de dos meses con al menos una hora pagada en cada mes.

Si cree que tiene problemas con la nómina, debe resolverlos directamente con *Nóminas de IHSS* llamando al 510-577-1877 o presentándose en la recepción de IHSS ubicada en 6955 Foothill Blvd, Suite 143 Oakland, CA 94605. **La Autoridad Pública (Public Authority) no puede resolver problemas relacionados con las nóminas.**

CÓMO CANCELAR LA COBERTURA: Puede cancelar sus beneficios en cualquier momento; sin embargo, debe informárselo a la Autoridad Pública llamando al 510-577-3551 o presentando una notificación por escrito **antes del día 10** del mes de la cancelación antes del último día del mes actual, o la cancelación se hará el último día del mes siguiente.

Beneficios médicos para proveedores de IHSS: información de cobertura

COSTO: Las primas mensuales se descuentan automáticamente del primer cheque que recibe cada mes. Si selecciona el plan dental **HMO**, la prima mensual por las tres coberturas es de **\$20 por mes**. Si selecciona el plan dental **PPO**, la prima mensual por las tres coberturas es de **\$45 por mes**. Durante los primeros cinco (5) meses de cobertura, puede elegir cambiar su opción de plan dental. Después de los primeros cinco meses, deberá esperar a que comience la inscripción anual del plan dental, que es el 1 de mayo de cada año. Si es un proveedor de pago avanzado o un proveedor al que no le descuentan alguna prima, recibirá la factura directamente. **Si no paga las primas durante dos meses o más, perderá su cobertura.**

COBERTURA:

MÉDICA: Alameda Alliance for Health (510-747-4567) ofrece el seguro médico en un plan de grupo HMO. Este plan es solo para los proveedores de IHSS; no hay ninguna cobertura disponible para dependientes.

Ejemplos de beneficios y copagos*:

- **Consultas de atención preventiva y con proveedores de atención primaria:** \$10 de copago por consulta
- **Servicios de salud preventiva:** sin copago
- **Radiografías y otras pruebas de diagnóstico:** sin copago
- **Hospitalización:** \$100 por ingreso
- **Planificación familiar:** sin copago
- **Medicamentos con receta:** \$10 de copago para medicamentos genéricos o \$15 de copago para medicamentos de marca
- **Atención de emergencia:** \$35 de copago (no se aplica para las hospitalizaciones)
- **Atención especializada:** \$10 de copago para atención ambulatoria, consultas y servicios médicos
- **Servicios de salud mental:** \$10 de copago para atención ambulatoria y \$100 de copago si es hospitalizado

Para obtener más información, visite www.alamedaalliance.org.

DENTAL: Delta Dental ofrece dos planes dentales, y su selección determina su prima mensual total:

DeltaCare USA HMO (800-422-4234), solo puede asistir a consultas con odontólogos de la red de proveedores.

Delta Dental PPO (800-765-6003), puede asistir a consultas con cualquier odontólogo que acepte con su cobertura.

Para obtener más información, visite www.deltadental.com.

ÓPTICA: El plan óptico de EyeMed (866-723-0514) incluye:

- Un examen de vista regular, y lentes y marcos para anteojos recetados.
- Es fácil de usar y conveniente; no tiene que presentar una credencial ni completar formularios de reclamos.
- No se requiere presentar una solicitud. Su cobertura comenzará automáticamente cuando se inicien sus cobertura médica y dental.

Para obtener más información, visite www.eyemedvisioncare.com.



Dirección postal:

6955 Foothill Blvd., Suite 300
Oakland, CA 94605-2409
teléfono (510) 577-3552
fax (510) 577-3579
www.ac-pa4ihss.org



Beneficios Médicos para Proveedores de IHSS del Condado de Alameda

¡Comuníquese con nosotros hoy!

Teléfono principal: 510-577-3552

Fax: 510-577-3579

www.ac-pa4ihss.org

Departamento de Beneficios Médicos

510-577-3551

IHSS del Condado de Alameda

Admisiones de IHSS: 510-577-1800

Nóminas de IHSS: 510-577-1877

Verificación de Empleo de Proveedores

Fax: 510-577-1819

Registro de la Autoridad Pública

Consumidores: 510-577-1980

Proveedores: 510-577-5694

Capacitación: 510-577-3554

Administradores de TASC y COBRA

800-422-4661

SEIU Local 2015

855-810-2015

Recepción:

6955 Foothill Blvd, Suite 143 Oakland, CA 94605