



Estimados proveedores de IHSS:

Este es un mensaje importante sobre los requisitos para que usted pueda recibir **seguro médico y/o dental** proveído por In-Home Supportive Services Public Authority of Marin.

Para que usted reciba seguro médico y/o dental debe cumplir con los siguientes requisitos:

- **Trabajar y haber recibido el pago de por lo menos 65 horas durante tres meses consecutivos para el seguro médico con KAISER y 85 horas al mes para el seguro dental con DELTA.**
- **Enviar las hojas electrónicas con las horas trabajadas dos veces al mes, como lo indica IHSS, o por teléfono.**

Advertencia sobre la cancelación de los seguros

A los proveedores que no cumplan con los requisitos de elegibilidad durante dos meses, se les cancelará el seguro médico y dental y se les enviará una solicitud de COBRA.

Antes de ser reincorporado al seguro, deberá reembolsar a IHSS PA los meses que estuvo cubierto por el seguro sin habersele deducido la prima de su talón.

Si no ve la deducción de sus beneficios de salud, ¡llámeme inmediatamente! Usted puede perder o haber perdido sus beneficios si no se le están deduciendo por ellos. Siempre revise la información de su talón de pago para estar seguro de que le están deduciendo sus beneficios. Estará en la línea de SALUD de su talón de pago.

Si usted está trabajando para un beneficiario del In-Home Supportive Services (IHSS), pero no está enviando sus planillas a tiempo, usted estará en riesgo de perder su seguro médico y/o dental.

Si necesita trabajar más horas, por favor llame al Public Authority al (415) 499-1024

Si tiene alguna pregunta sobre su elegibilidad para obtener beneficios a través de IHSS, por favor llámeme.

Julia Hansen

Gerente de Financiera

Oficina: (415) 499-1024, Ext: 102

julia@pa-marin.org



PAQUETE DE APLICACION PARA PROVEEDORES

Por favor tome en cuenta:

Si usted está aplicando para seguro medico, por favor llene **los dos formularios**: Kaiser y Chubb. El costo compartido del seguro de Kaiser y Chubb es \$130.00 al mes. Este monto se deducirá cada mes.

Si usted está aplicando por seguro dental, complete **solamente el formulario de Delta**. El costo compartido de este seguro es \$18.62 al mes. Este costo se deducirá cada mes.

Para el solicitante

Keep

Parte Uno del Formulario de Revelación

602753 IHSS: IN-HOME SUPPORT SERVICES
Región Local: Norte del California
1 enero 2024 hasta 31 diciembre 2024

Beneficios Principales Para Kaiser Permanente Deductible HMO Plan

Período de Acumulación

El Período de Acumulación para este plan es del 1 de enero al 31 de diciembre.

Gastos máximos de bolsillo y deducibles

Para los servicios que aplican a los gastos máximos de bolsillo, no pagará más costos compartidos durante el Período de Acumulación restante cuando haya alcanzado los montos que se indican a continuación.

Para los servicios sujetos a los deducibles del plan o a los deducibles por medicamentos, deberá pagar cargos por los servicios cubiertos que reciba durante el Período de Acumulación, hasta que haya alcanzado los montos deducibles que se indican a continuación. Todos los pagos que realice para alcanzar sus deducibles se aplicarán a los gastos máximos de bolsillo del plan que se indican a continuación.

Montos por Período de Acumulación	Cobertura solo para el miembro (una familia de un solo miembro)	Cobertura para familias Cada miembro en una familia de dos o más miembros	Cobertura para familias Para toda una familia de dos o más miembros
Máximo Desembolsable del Plan	\$3,000	\$3,000	\$6,000
Deducible del Plan	\$1,000	\$1,000	\$2,000
Deducible del Medicamento	Ninguno	Ninguno	Ninguno

Visitas al Consultorio de un Proveedor del Plan

Usted Paga

La mayoría de las Visitas de Atención Médica Primaria y la mayoría de las Visitas al Especialista no Médico	\$20 por visita (no se aplica el Deducible del Plan)
La mayoría de las Visitas al Especialista Médico.....	\$20 por visita (no se aplica el Deducible del Plan)
Exámenes físicos de mantenimiento de rutina, incluidos exámenes para la mujer sana	Sin costo (no se aplica el Deducible del Plan)
Exámenes preventivos del niño sano (hasta los 23 meses de edad)	Sin costo (no se aplica el Deducible del Plan)
Exámenes prenatales programados	Sin costo (no se aplica el Deducible del Plan)
Exámenes de ojos de rutina con un Optometrista del Plan	Sin costo (no se aplica el Deducible del Plan)
Consultas, evaluación y tratamientos de atención urgente.....	\$20 por visita (no se aplica el Deducible del Plan)
La mayoría de las terapias físicas, ocupacionales y del habla	\$20 por visita después del Deducible del Plan

Consultas de Telesalud

Usted Paga

Consultas de atención primaria y consultas a especialistas no médicos por video interactivo	Sin costo (no se aplica el Deducible del Plan)
Consultas a especialistas médicos por video interactivo	Sin costo (no se aplica el Deducible del Plan)
Consultas de atención primaria y consultas a especialistas no médicos por teléfono.....	Sin costo (no se aplica el Deducible del Plan)
Consultas a especialistas médicos por teléfono	Sin costo (no se aplica el Deducible del Plan)

Servicios para Pacientes Ambulatorios

Usted Paga

Cirugía ambulatoria y ciertos otros procedimientos ambulatorios.....	Coseguro del 20% después del Deducible del Plan
La mayoría de las inmunizaciones (incluida la vacuna)	Sin costo (no se aplica el Deducible del Plan)
La mayoría de las radiografías y análisis de laboratorio	\$10 por tipo de Servicio después del Deducible del Plan
Radiografías, pruebas de detección y análisis de laboratorio preventivos como se describe en el folleto EOC	Sin costo (no se aplica el Deducible del Plan)
RMN, la mayoría de TC y TEP	Coseguro del 20% hasta un máximo de \$50 por procedimiento después del Deducible del Plan

Servicios para Pacientes Hospitalizados

Usted Paga

Habitación y comida, cirugía, anestesia, radiografías, análisis de laboratorio y medicamentos.....	Coseguro del 20% después del Deducible del Plan
--	---

Servicios de Emergencia

Usted Paga

Visitas al Departamento de Emergencias	Coseguro del 20% después del Deducible del Plan
--	---

Nota: Si lo ingresan directamente al hospital como paciente hospitalizado para los Servicios cubiertos, pagará el Costo Compartido para pacientes hospitalizados en lugar del Costo Compartido del Departamento de Emergencias (consulte "Servicios para Pacientes Hospitalizados" a fin de conocer el Costo Compartido para pacientes hospitalizados).

Servicios de Ambulancia

Usted Paga

Servicios de ambulancia	\$150 por viaje después del Deducible del Plan
-------------------------------	--

(continúa)

Parte Uno del Formulario de Revelación

(continuación)

Cobertura de Medicamentos con Receta Médica**Usted Paga**

Cubiertos para pacientes ambulatorios de acuerdo con nuestras pautas del formulario de medicamentos:

La mayoría de los artículos genéricos (Nivel 1) en una Farmacia del Plan \$10 suministro máximo para 30-días (no se aplica el Deducible del Plan)

Volver a surtir recetas de la mayoría de los medicamentos genéricos (Nivel 1) por medio de nuestro servicio de pedidos por correo \$20 suministro máximo para 100-días (no se aplica el Deducible del Plan)

La mayoría de los artículos de marca (Nivel 2) en una Farmacia del Plan \$30 suministro máximo para 30-días (no se aplica el Deducible del Plan)

Volver a surtir recetas de la mayoría de los medicamentos de marca (Nivel 2) por medio de nuestro servicio de pedidos por correo \$60 suministro máximo para 100-días (no se aplica el Deducible del Plan)

Mayoría de los artículos para especialidades (Nivel 4) en una Farmacia del Plan \$30 suministro máximo para 30-días (no se aplica el Deducible del Plan)

Equipo Médico Duradero (Durable Medical Equipment, DME)**Usted Paga**

Artículos de DME como se describe en el folleto EOC Coseguro del 20% (no se aplica el Deducible del Plan)

Servicios de Salud Mental**Usted Paga**

Atención psiquiátrica para pacientes hospitalizados Coseguro del 20% después del Deducible del Plan

Tratamiento y evaluación individuales de salud mental para pacientes externos \$20 por visita (no se aplica el Deducible del Plan)

Tratamiento grupal de salud mental para pacientes externos \$10 por visita (no se aplica el Deducible del Plan)

Tratamiento de Trastorno por Consumo de Sustancias**Usted Paga**

Desintoxicación como paciente hospitalizado Coseguro del 20% después del Deducible del Plan

Tratamiento y evaluación individuales de trastorno por consumo de sustancias para pacientes externos \$20 por visita (no se aplica el Deducible del Plan)

Tratamiento grupal de trastorno por consumo de sustancias para pacientes externos \$5 por visita (no se aplica el Deducible del Plan)

Servicios de Atención Médica en el Hogar**Usted Paga**

Atención médica en el hogar (hasta un máximo de 100 visitas por Período de Acumulación) Sin costo (no se aplica el Deducible del Plan)

Otros Servicios**Usted Paga**

Atención en una instalación de enfermería especializada (hasta un máximo de 100 días por período de beneficios) Coseguro del 20% después del Deducible del Plan

Dispositivos protésicos y ortóticos como se describe en el folleto EOC Sin costo (no se aplica el Deducible del Plan)

Diagnóstico y tratamiento de la infertilidad e inseminación artificial, tales como procedimientos ambulatorios o pruebas de laboratorio, como se describe en el folleto EOC Coseguro del 50% (no se aplica el Deducible del Plan)

Servicios de tecnología de reproducción asistida ("ART", por sus siglas en inglés) No está cubierto

Atención de hospicio Sin costo (no se aplica el Deducible del Plan)

Este es un resumen de las preguntas que se hacen con más frecuencia sobre los beneficios. En este cuadro no se explican los beneficios, Costo Compartido, pagos máximos de su bolsillo, exclusiones o limitaciones, ni se listan todos los beneficios y Costo Compartido. Por favor consulte el folleto EOC si desea obtener una explicación completa. Observe que proporcionamos todos los beneficios requeridos por ley (por ejemplo, los suministros para pruebas de la diabetes).



 El Resumen de beneficios y cobertura (SBC) lo ayudará a escoger un plan de salud. El SBC muestra cómo usted y el plan compartirían los costos de los servicios de atención médica cubiertos. **NOTA:** La información sobre el costo de este plan (denominado prima) se proporcionará por separado. Este es solo un resumen. Para obtener más información sobre su cobertura u obtener una copia de los términos completos de la cobertura, consulte <https://kp.org/plandocuments> o llame al 1-800-278-3296 (TTY: 711). Para ver las definiciones de términos frecuentes, como cantidad permitida, facturación de saldo, coseguro, copago, deducible, proveedor u otros términos subrayados, consulte el glosario. Puede consultar el glosario en <https://www.cms.gov/CCIIO/Resources/Forms-Reports-and-Other-Resources/Downloads/Spanish-Uniform-Glossary-05-2020-508.pdf> o llamar al 1-800-278-3296 (TTY: 711) para pedir una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Cuánto es el <u>deducible</u> total?	\$1,000 por individuo/\$2,000 por familia	En general, debe pagar todos los costos de los <u>proveedores</u> hasta la cantidad <u>deducible</u> antes de que este <u>plan</u> comience a pagar. Si usted tiene otros miembros de la familia en el <u>plan</u> , cada uno debe alcanzar su propio <u>deducible</u> individual hasta que el monto total de los gastos del <u>deducible</u> que pagaron todos los miembros de la familia alcance el <u>deducible</u> general de la familia.
¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar su <u>deducible</u> ?	Sí. La atención preventiva y los servicios que se indican en la tabla que comienza en la página 2.	Este <u>plan</u> cubre algunos productos y servicios aunque aún no haya alcanzado la cantidad del <u>deducible</u> . Sin embargo, se podría aplicar un <u>copago</u> o un <u>coseguro</u> . Por ejemplo, este <u>plan</u> cubre ciertos servicios preventivos sin <u>costos compartidos</u> antes de que alcance su <u>deducible</u> . Consulte una lista de <u>servicios preventivos</u> cubiertos en https://www.cuidadodesalud.gov/es/coverage/preventive-care-benefits/ .
¿Hay otros <u>deducibles</u> para servicios específicos?	No.	No debe pagar <u>deducibles</u> por servicios específicos.
¿Cuánto es el límite de gastos de <u>bolsillo</u> para este <u>plan</u> ?	\$3,000 por individuo/\$6,000 por familia	El límite de gastos de <u>bolsillo</u> es lo máximo que puede pagar en un año por servicios cubiertos. Si usted tiene otros miembros de la familia en el <u>plan</u> , cada uno debe alcanzar su propio <u>límite de gastos de bolsillo</u> hasta alcanzar el <u>límite de gastos de bolsillo</u> general de la familia.
¿Qué es lo que no está incluido en el <u>límite de gastos de bolsillo</u> ?	Las <u>primas</u> , la atención médica que no cubre este <u>plan</u> y los servicios que se indican en la tabla que comienza en la página 2.	Aunque pague estos gastos, no cuentan para el <u>límite de gastos de bolsillo</u> .
¿Pagará menos si acude a un proveedor dentro de la red?	Sí. Para obtener una lista de <u>proveedores de la red</u> , visite www.kp.org o llame al 1-800-278-3296 (TTY: 711).	Este <u>plan</u> utiliza una <u>red de proveedores</u> . Pagará menos si usa un <u>proveedor</u> que esté incluido en la <u>red del plan</u> . Pagará más si acude a un <u>proveedor fuera de la red</u> , además es posible que reciba una factura de un <u>proveedor por la diferencia</u> entre el cargo del proveedor y lo que su <u>plan</u> paga (<u>facturación de saldo</u>). Tenga en cuenta que su <u>proveedor dentro de la red</u> puede usar un <u>proveedor fuera de la red</u> para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Consulte con su <u>proveedor</u> antes de recibir los servicios.
¿Necesita una <u>derivación</u> para atenderse con un <u>especialista</u> ?	Sí, pero puede autoderivarse a ciertos <u>especialistas</u> .	Este <u>plan</u> pagará algunos o todos los costos para ver a un <u>especialista</u> por servicios cubiertos, pero solo si tiene una <u>derivación</u> antes de ver al <u>especialista</u> .

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará Proveedor del plan (Usted pagará el mínimo)	Lo que usted pagará Proveedor fuera del plan (Usted pagará el máximo)	Limitaciones, excepciones y otra información importante
Si necesita un medicamento para tratar su enfermedad o condición médica Hay más información disponible sobre la cobertura de medicamentos con receta médica en www.kp.org/formulary	Medicamentos genéricos (nivel 1)	Al por menor: \$10 por <u>receta médica</u> ; orden por correo: \$20 por <u>receta médica</u> , el <u>deducible</u> no se aplica.	No está cubierto	Hasta un suministro de 30 días al por menor o un suministro de 100 días en orden por correo. Sujeto a las pautas de la <u>lista de medicamentos</u> . Los anticonceptivos no tienen costo, el <u>deducible</u> no se aplica.
	Medicamentos de marca preferidos (nivel 2)	Al por menor: \$30 por <u>receta médica</u> ; orden por correo: \$60 por <u>receta médica</u> , el <u>deducible</u> no se aplica.	No está cubierto	Hasta un suministro de 30 días al por menor o un suministro de 100 días en orden por correo. Sujeto a las pautas de la <u>lista de medicamentos</u> . Los anticonceptivos no tienen costo, el <u>deducible</u> no se aplica.
	Medicamentos de marca no preferidos (nivel 2)	Al por menor: \$30 por <u>receta médica</u> ; orden por correo: \$60 por <u>receta médica</u> , el <u>deducible</u> no se aplica.	No está cubierto	El <u>costo compartido</u> para medicamentos de marca no preferidos de este <u>plan</u> se alinea con el costo compartido para medicamentos de marca preferidos (nivel 2) cuando esté aprobado mediante el proceso de excepciones de la <u>lista de medicamentos</u> .
	<u>Medicamentos de especialidad</u> (nivel 4)	\$30 por <u>receta médica</u> , el <u>deducible</u> no se aplica.	No está cubierto	Hasta un suministro de 30 días al por menor. Sujeto a las pautas de la <u>lista de medicamentos</u> .
Si le hacen una cirugía ambulatoria	Tarifa del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	20% de <u>coseguro</u>	No está cubierto	Ninguna
	Tarifas del médico/cirujano	20% de <u>coseguro</u>	No está cubierto	Ninguna
	<u>Atención en la Sala de Emergencias</u>	20% de <u>coseguro</u>	20% de <u>coseguro</u>	Ninguna
	<u>Transporte médico de emergencia</u>	\$150 por viaje	\$150 por viaje	Ninguna
Si necesita atención médica inmediata	<u>Atención de urgencia</u>	\$20 por visita, el <u>deducible</u> no se aplica.	No está cubierto	Los proveedores fuera del plan están cubiertos cuando usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio: \$20 por visita, el <u>deducible</u> no se aplica.
Si necesita hospitalización	Tarifa del centro (p. ej., habitación del hospital)	20% de <u>coseguro</u>	No está cubierto	Ninguna
	Tarifas del médico/cirujano	20% de <u>coseguro</u>	No está cubierto	Ninguna

 Todos los <u>copagos</u> y el <u>coseguro</u> que se muestran en este cuadro se aplican después de alcanzar su <u>deducible</u> , si se aplica uno.				
Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará Proveedor del plan (Usted pagará el mínimo)	Lo que usted pagará Proveedor fuera del plan (Usted pagará el máximo)	Limitaciones, excepciones y otra información importante
Si acude al consultorio o clínica del <u>proveedor</u>	Consulta con su médico de atención primaria para tratar una afección o lesión	\$20 por visita, el <u>deducible</u> no se aplica.	No está cubierto	Ninguna
	Consulta con un <u>especialista</u>	\$20 por visita, el <u>deducible</u> no se aplica.	No está cubierto	Ninguna
	<u>Atención preventiva/ evaluación/vacunas</u>	Sin costo, el <u>deducible</u> no se aplica.	No está cubierto	Usted tendrá que pagar por los servicios que no son <u>preventivos</u> . Pregunte a su <u>proveedor</u> si los servicios que necesita son <u>preventivos</u> . Luego, consulte lo que su <u>plan</u> pagará.
Si se realiza un examen	<u>Exámenes de diagnóstico</u> (radiografías, análisis de sangre)	\$10 por sesión	No está cubierto	Ninguna
	Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada/ tomografía por emisión de positrones, imágenes por resonancia magnética)	20% de <u>coseguro</u> hasta \$50 por procedimiento	No está cubierto	Ninguna

HEALTH CARE EMPLOYEES/EMPLOYER DENTAL AND MEDICAL TRUST

P.O. Box 9026
Pleasanton, CA 94566
Tel: 800-824-3316

Kaiser Permanente Enrollment Application

Date Mailed: 2/21/2013

INFORMACION DEL EMPLEADO/SUSCRIPTOR

Num. de Seguro Social	Apellido	Nombre	Middle
/ /	Sexo: ☐ Male ☐ Female	Estado civil: ☐ Casado ☐ Soltero	
Fecha de nacimiento			
Idioma que prefiere hablar	Idioma que prefiere escribir	Dirección electrónica (opcional)	
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal
()	()		
Tel. (día)	Tel. (tarde)		

LA ACEPRACION DE ALCANCE

- ☐ Yo entiendo que me va costar \$130 por mes para la cobertura de Kaiser Permanente/Fidelity Plan. (Tiene usted que completar las dos aplicaciones la de Kaiser y la de Fidelity para estar enrollado en la cobertura)

Kaiser Foundation Health Plan Arbitration Agreement

Entiendo que (con excepción de los casos del tribunal para reclamaciones menores, las reclamaciones sujetas a los procedimientos de apelaciones de Medicare o a las regulaciones del procedimiento de reclamaciones de ERISA [Employee Retirement and Income Security Act, Ley de Seguridad de 1974 sobre los Ingresos de los Empleados Retirados] y cualquier otra reclamación que no pueda someterse a arbitraje obligatorio según las leyes vigentes) toda disputa entre mi persona, mis herederos, familiares u otras partes asociadas, por un lado y, por otro lado, Kaiser Foundation Health Plan, Inc. (KFHP), cualquier proveedor de atención médica contratado, administradores u otras partes asociadas contratados, por la supuesta violación de cualquier deber que se presente o esté relacionado con la membresía en KFHP, incluida toda reclamación por negligencia médica o del hospital (una reclamación que indica que un servicio médico era innecesario o no estaba autorizado, o bien que se prestó de forma incorrecta, negligente o incompleta), por responsabilidad civil de las instalaciones, o relativos a la cobertura o prestación de servicios o artículos, sin tomar en cuenta la teoría legal, deben decidirse a través de un arbitraje obligatorio, según la ley de California y no por medio de una demanda o recurso a un proceso judicial, excepto cuando la ley vigente indique una revisión judicial de la actuación arbitral. Acepto renunciar a nuestro derecho a un juicio con jurado y acepto el uso del arbitraje obligatorio. Entiendo que el folleto Evidencia de Cobertura incluye todas las disposiciones del arbitraje.

Se requiere una firma para el plan de Kaiser Permanente

Fecha

LA DECLINACION DE ALCANCE

- ☐ Yo voluntariamente voy a optar por no inscribirme en los beneficios de salud ofrecidos por IHSS Marin.

Firma del empleado/solicitante (Si disminuyendo alcance)

Fecha

EL EMPLEADOR DEBE LLENAR ESTA SECCION

IHSS Public Authority of Marin

602753-00

Nombre de Compañía

Numero de Grupo

Fecha de Efectivo

Motivo de la inscripción: ☐ Nuevo empleado ☐ Pérdida de cobertura
☐ Inscripción abierta ☐ Otro motivo: Primeros de lista de espera
Numero de Lista de Espera:

Fecha de evento: _____ Fecha de contratación: _____

Chubb GAP Supplement

Gaps in Medical Coverage May Result in Unexpected Costs...
We've Got You Covered

*Necesita cobertura para
ayudar pagar de su
bolsillo costos aplicados
por su médico plan?!?!?*

El creciente costo de la atención médica como un verdadero desafío tanto para los empleados como para los empleadores! La cobertura de atención médica asequible a menudo significa más riesgo para los empleados a través de mayores deducibles y altos gastos de bolsillo.

El plan de suplementos Chubb gap está diseñado para ayudarlo a pagar los gastos de bolsillo cubiertos en los que pueda incurrir mientras está confinado en un hospital o mientras recibe tratamiento. como paciente ambulatorio, debido a una enfermedad o lesión.

¿Cómo funciona el suplemento Chubb GAP?

- Reembolsa el 100% de los costos de bolsillo elegibles (deducibles y coseguro) por servicios hospitalarios o ambulatorios resultantes de una lesión o enfermedad, no pagados por su plan médico mayor grupal hasta el monto máximo indicado para cada beneficio
- Los gastos elegibles deben estar cubiertos por un plan médico mayor grupal
- Puede enviar copias de su factura y el Cuestionario de reclamo completado a Chubb para su pago. Si se aprueba el reclamo, se enviará un cheque por correo a su hogar, a menos que se asignen beneficios al proveedor.
- Puede presentar su reclamo en el momento en que reciba la factura o puede esperar para presentarlo hasta el final del año, pero debe presentarse a más tardar 12 meses. a partir de la fecha de servicio para ser elegible para la cobertura.

Beneficios básicos del plan:

Beneficio de confinamiento hospitalario

- Hasta **\$3,000** por persona asegurada por año calendario
- Incluye estadías en el hospital que son de 15 horas consecutivas o más y los cargos asociados (por ejemplo: cirugías hospitalarias y cargos hospitalarios del médico)
- Incluye tratamiento en la sala de emergencias para una lesión
- Incluye tratamiento en la sala de emergencias para una enfermedad si resulta en un confinamiento hospitalario dentro de las 24 horas

Beneficio para pacientes ambulatorios

- Hasta **\$1,500** por ocurrencia sujeta a un máximo de 4 ocurrencias por familia por año calendario
- Cubre los gastos de bolsillo para el tratamiento ambulatorio bajo el cuidado regular y la asistencia de un médico en un hospital, centro quirúrgico o de emergencia ambulatorio, un centro de pruebas de diagnóstico o un centro similar que tiene licencia para proporcionar pacientes ambulatorios. tratamiento.
- Las mismas condiciones o relacionadas se consideran una nueva "ocurrencia" si están separadas por al menos 90 días consecutivos sin tratamiento.

La póliza excluye los gastos de bolsillo relacionados con estos servicios, incluso si están cubiertos por su plan médico mayor:

- Costos asociados con el tratamiento en el consultorio de un médico
- Medicamentos recetados
- Atención al recién nacido sano en el hospital
- Bienestar o atención preventiva
- Condiciones mentales y nerviosas
- Ambulancia

THIS INFORMATION IS A BRIEF DESCRIPTION OF THE IMPORTANT FEATURES OF THE INSURANCE PLAN. IT IS NOT AN INSURANCE CONTRACT. INSURANCE BENEFITS ARE UNDERWRITTEN BY ACE AMERICAN INSURANCE COMPANY. COVERAGE MAY NOT BE AVAILABLE IN ALL STATES OR CERTAIN TERMS MAY BE DIFFERENT WHERE REQUIRED BY STATE LAW. CHUBB NA IS THE U.S.-BASED OPERATING DIVISION OF THE CHUBB GROUP COMPANIES, HEADED BY CHUBB LTD. (NYSE: CB). INSURANCE PRODUCTS AND SERVICES ARE PROVIDED BY CHUBB INSURANCE UNDERWRITING COMPANIES AND NOT BY THE PARENT COMPANY ITSELF.

This is a supplement to health insurance and is not a substitute for major medical coverage.

Arranged/Administered By:

90 Degree Benefits

2810 Premiere Pkwy #400, Duluth, GA 30097

Phone: (800)239-3503 / Fax: (678) 258-8299

Email: claims.t5a@90DegreeBenefits.com
www.90DegreeBenefits.com

For More Information, Please Contact:

**Health Care Employees/Employer
Dental and Medical Trust**

Tel: (800) 824-3316 / (925) 803-1880

Chubb Gap

DATA COLLECTION FORM

Ofrecida por: Special Insurance Services, Inc., 6509 Windcrest Drive, Suite 200 Plano, TX 75024

INFORMACIÓN DEL PLAN:

Según la selección del titular de la póliza

Cantidades del beneficio por hospitalización

☒ Plan I: \$3,000.00 Beneficio por hospitalización
\$1,500.00 Beneficio opcional para
\$0 pacientes ambulatorios
Cláusula adicional opcional de
beneficio de médico

INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE:

Nombre (apellido, primer nombre, segundo nombre)				Sexo ☐ M ☐ F	
Edad	Fecha de nacimiento (mm/dd/aa)	Número del Seguro Social	Núm. de teléfono particular	Núm. de teléfono laboral	
Dirección			Correo electrónico		
Ciudad		Estado	Código postal		
Cobertura seleccionada: ☒ Solo empleado					

Por medio de la presente autorización: ☒ **ME INSCRIBO**, o ☐ **CAMBIO**, según se indicó anteriormente, para tener esta cobertura de seguro grupal para la cual reúno los requisitos. Solicito que la presente autorización continúe vigente hasta el momento en que la retire mediante notificación escrita antes de la siguiente fecha de vencimiento de la prima. Entiendo y acepto: que ninguna cobertura tendrá vigencia para ninguna de las personas sujetas a la cobertura que no estén, a su vez, cubiertas por una Póliza Médica Amplia/Integral, incluidos Coseguro y Deducible, vigente al momento de mi Fecha de Entrada en Vigencia propuesta para la presente cobertura; que, actualmente, estoy cubierto en virtud de una cobertura Médica Amplia/Integral con este Empleador o me he inscrito para la cobertura Médica Amplia/Integral con este Empleador; que la Póliza Maestra para la presente cobertura es emitida a Health Care Employee/Employer Dental and Medical Trust; y que recibiré un certificado como constancia de mi cobertura de seguro en virtud de la póliza.

La ley de California prohíbe a las compañías de seguro de la salud exigir o usar la prueba de VIH como condición para obtener cobertura de seguro de la salud.

Firma del solicitante _____ Fecha _____
Padre o tutor legal si el solicitante es menor de 18 años

Firma del agente (cuando corresponda por ley) _____

PARA SER COMPLETADO POR EL EMPLEADOR:

Empleador	Ocupación	Fecha de contratación
IHSS PUBLIC AUTHORITY OF MARIN	Trabajador de IHSS	
Prima mensual:	Fecha de entrada en vigencia de la cobertura/el Cambio solicitado:	

Titular de la póliza: Health Care Employees/Employer Dental and Medical Trust

Delta Dental of California

IHSS Public Authority of Marin – 2441/0001

Updated 1/1/2023

Highlights of your Delta Dental PPO Plan

QUEN ESTA CUBIERTO	Dentro De La Red		Fuera De La Red	
	PPO Dentista ¹	DeltaPremier Dentista ²	Miembro y esposo y sus hijos hasta la edad de 26	
DEDUCIBLES BENEFICIOS MAXIMO	\$50 por persona Los máximo beneficios pagados por año calendario son \$1000 por persona	\$50 por persona Los máximo beneficios pagados por año calendario son \$1000 por persona	\$50 por persona Los máximo beneficios pagados por año calendario son \$1000 por persona	\$50 por persona Los máximo beneficios pagados por año calendario son \$1000 por persona
PRESTACIONES:				
PRESTACIONES DE DIAGNOSTICO Y PREVENCIÓN *deductible renunciado	100% de PPO honorarios del Dentista	100% de DeltaPremier honorarios del Dentista	100% de Honorario Usual, Costumario y Razonable	
PRESTACIONES BASICAS*-cirugia oral (extracciones), empastes, endodoncias, tratamiento periodontal (de las encias) sellador	80% de PPO honorarios del Dentista	80% de DeltaPremier honorarios del Dentista	80% de Honorario Usual, Costumario y Razonable	
CORONAS, FUNDAS Y RECONSTRUCCIONES CON MODELOS DE DENTADURA - 12 meses espera	60% de PPO honorarios del Dentista	50% de DeltaPremier honorarios del Dentista	50% de Honorario Usual, Costumario y Razonable	
PRESTACIONES DE PROTESICA DENTAL - 12 meses espera Puentes, dentaduras parciales, dentaduras completas, implantes	60% de PPO honorarios del Dentista	50% de DeltaPremier honorarios del Dentista	50% de Honorario Usual, Costumario y Razonable	
Beneficios de ortodoncia - 12 meses espera Maximo de Vida \$1000	50% de PPO honorarios del Dentista	50% de DeltaPremier honorarios del Dentista	50% de Honorario Usual, Costumario y Razonable	
¹ El aprobado honorario para el PPO Dentista está basado en los DPO honorario precios ² El aprobado honorario para el DeltaPremier Dentista es el expediente honorario. ³ El pago a un Dentista que no es miembro de Delta está basado en el honorario que satisface a la mayoría de los dentistas de Delta. (UCR). * UCR – Honorario Usual, Costumario y Razonable - Un honorario Usual es la cantidad que un Dentista cobra regularmente y recibe por un servicio o el honorario actualmente cobrado, cualquiera fuera menor - Un honorario costumario está dentro del alcance de honorarios usuales cobrados y recibidos por un servicio en particular por un dentista de entrenamiento similar en la misma área geográfica - Una tabla de honorario razonable es razonable - si el Usual y Costumario. Este programa de Preferred Provider Opción esta administrado por el Health Care Employees/Employer Dental and Medical Trust (Sociedad Administrador de Atención Médica y Dental Para Empleados y Empleadores). Si Tiene alguna pregunta concreta sobre las estructura, las limitaciones o las exclusiones relativas a estas prestaciones, consulte el documento Evidence of Coverage (Comprobante de Cobertura Médica) o póngase en contacto con el departamento de Atención a Clientes y Afiliados llamando al 925-803-1880. www.deltadentalins.com				
SERVICIOS QUE NO ESTAN INCLUIDOS EN LA COBERTURA				
- Injertos extra orales - Cirugia o odontología estéticas o servicios para corregir malformaciones congénitas - Servicios por lesión o enfermedades cubiertas por la legislación de Workers Compensation - Remuneración Laboral o por la de Employer's Liability (Responsabilidad de los Empleados) - Anestesia (excepto la anestesia general para operaciones quirúrgicas orales)				

SOLICITUD DE INSCRIPCION DE DELTA DENTAL

Delta Dental			Grupo de Delta/Numero de division 2441-0001	
Nombre de Grupo: IHSS PUBLIC AUTHORITY OF MARIN				
A Enrolado (Tiene que llenar todo para la matriculación o para cambios de estatus)				
Nombre		Dia de Cobertura		Seguro Social
Apellido		Dia de nacimiento		Sexo
Primer nombre		mes / día / año		☐ Mujer ☐ Hombre
		(su número de seguro social)		
Dirección		Numero de teléfono()		
Ciudad		Estado		
		Código		
TIENE USTED QUE LLENAR EN PLENO ESTA SECCION PARA ENROLAR EN COBRA ☐ COBRA Enrolado - Yo entiendo que el patrón me puede requerir que yo tengo que pagar por Cobra Beneficios. Beneficios previamente recibidos debajo de su Seguro Social (Número) _____ Día que califique _____ mes / día / año				
B Cambios al existente matriculación (llene todas las secciones que aplican)				
☐ Cambio de Nombre ☐ Cambio de dirección de arriba Porque hay cambio _____ El día que sea el cambio efectivo _____ mes / día / año				
C Firma (Tiene usted que firmar para que sea efectivo)				
Yo entiendo que tengo que pagar \$20.51 para la cobertura para yo mismo. (Excepción - Cobra matriculación) Yo estoy de acuerdo de seguir en conjunto de miembros en este programa durante me empleo y cuando el programa este en efectivo y también estoy de acuerdo de cumplir con el contrato del grupo. Firma del Empleado _____ Fecha _____				