



5 pasos sencillos para la inscripción

Inscríbase para los planes de seguro de salud en sólo cinco pasos sencillos

Para obtener información en español visite www.hubbinsurance.org.

Для информации на русском языке, посетите страницу на интернете www.hubbinsurance.org.

1

Identifique su plan médico según su área de servicio.

Plan médico Kaiser Medical: para empleados que viven dentro del área de servicio de Kaiser.

Plan médico ODS Medical: para empleados que viven fuera del área de servicio de Kaiser.

2

Identifique su plan odontológico según su área de servicio.

Plan odontológico Kaiser Dental: para empleados que viven dentro del área de servicio de Kaiser.

Plan odontológico ODS Dental: para empleados que viven en cualquier parte del estado de Oregon.

3

Complete el formulario de inscripción.

4

Si está inscribiendo a miembros de la familia, adjunte su pago inicial de la prima pagadero a "HUBB Trust".

5

Envíe su formulario de inscripción a la HUBB.

HUBB, LLC
SEIU Local 503, OPEU
1730 Commercial Street SE
PO Box 12159
Salem, OR 97309-0159

Mantenga informada a la HUBB sobre cualquier cambio de domicilio.

Para obtener más información, visite el sitio web www.hubbinsurance.org o llame a los servicios de atención para clientes al 866-364-4822.



Nuestro compromiso con usted...

Servicios que puede esperar de la HUBB:

- La HUBB determina quién es elegible para recibir el seguro médico y odontológico según las horas trabajadas informadas por el Departamento de Servicios Humanos (DHS).
- La HUBB envía materiales de inscripción a los trabajadores de cuidados domiciliarios elegibles.
- La HUBB procesa los formularios de inscripción de los trabajadores de cuidados domiciliarios elegibles.
- La HUBB envía la confirmación de inscripción a los trabajadores de cuidados domiciliarios.
- La HUBB factura al Estado de Oregon las primas del seguro de los trabajadores de cuidados domiciliarios elegibles.
- La HUBB recauda las primas del seguro del Estado de Oregon y de los trabajadores de cuidados domiciliarios.
- La HUBB envía las primas del seguro a las compañías de seguros.
- La HUBB responde las preguntas de los trabajadores de cuidados domiciliarios acerca de la cobertura de beneficios, inscripción y elegibilidad al plan.
- La HUBB representa a los trabajadores de cuidados domiciliarios ante las compañías de seguros y el Estado.
- La HUBB asiste a los trabajadores de cuidados domiciliarios en apelaciones relacionadas con la elegibilidad, inscripción y pagos de reclamos.
- La HUBB proporciona una amplia variedad de asistencia al cliente para los trabajadores de cuidados domiciliarios con respecto a su seguro médico y odontológico.
- La HUBB trabaja con el Programa de Asistencia de Seguro Familiar (FHIAP) para asistir a los trabajadores de cuidados domiciliarios a pagar la cobertura familiar.



Contenidos

Este cuadernillo proporciona información acerca de los beneficios del seguro disponibles para usted a través de la Homecare Union Benefits Board, LLC (HUBB) para el año del plan que comienza el 1 de abril de 2011 y finaliza el 31 de diciembre de 2011.

La HUBB administra la cobertura del seguro médico y odontológico para los trabajadores de cuidados domiciliarios elegibles y los miembros elegibles de sus familias. Los formularios de inscripción deben ser procesados a través de la HUBB para que la cobertura sea efectiva.

Si tiene alguna pregunta acerca de sus beneficios del seguro médico y odontológico, llame a la oficina de la HUBB al (503) 364-HUBB (4822) o al número gratuito (866) 364-HUBB. Puede enviar sus preguntas por correo electrónico a la HUBB a la siguiente dirección: HUBB@opeuseiu.org

Este resumen de beneficios no describe completamente el Programa de seguro de la HUBB. En caso de existir algún conflicto entre este resumen y los contratos del plan, los contratos del plan prevalecerán.

Preguntas frecuentes.....	1
Costo de la cobertura	3
Elegibilidad e inscripción.....	4
Visión general de Kaiser Permanente.....	7
Plan médico de Kaiser Permanente (Kaiser Permanente Medical Plan)	8
Plan odontológico de Kaiser Permanente (Kaiser Permanente Dental Plan)	10
Visión general de ODS.....	11
Plan médico de ODS (ODS Medical Plan)	12
Plan odontológico de ODS (ODS Dental Plan)	14
Avisos obligatorios de beneficios.....	15
Normas de elegibilidad.....	18
Plan para dejar de fumar (Smoke-Free) de Oregon.....	23
Directorio de servicios	contratapa



Preguntas frecuentes

Inscripción y elegibilidad

¿Soy elegible?

Usted es elegible para inscribirse si es un trabajador de cuidados domiciliarios con financiamiento público de tiempo completo, medio tiempo, por hora o residente y está empleado a través de Proveedores Empleados por el Cliente (CEP), Proveedores de Pago al Cónyuge u Oregon Project Independence y recibe paga del Departamento de Servicios Humanos (DHS); y trabaja 80 horas o más por mes durante dos meses consecutivos; y no está cubierto por ninguna otra cobertura médica u odontológica excepto por Medicare y beneficios de Veteranos.

¿Quién paga mi seguro?

Los trabajadores de cuidados domiciliarios de Oregon que califican para el seguro de la HUBB reciben el pago de la cobertura de salud mediante una contribución del Estado de Oregon. Dicha contribución está disponible bajo el contrato sindical entre la Comisión de Cuidados Domiciliarios de Oregon y la SEIU Filial 503, OPEU.

¿Cuándo envía la HUBB el paquete de inscripción a los trabajadores de cuidados domiciliarios?

La HUBB envía los paquetes de inscripción a los trabajadores de cuidados domiciliarios a solicitud y cuando:

- Un trabajador de cuidados domiciliarios comienza a cumplir con los requisitos de elegibilidad trabajando 80 horas durante uno o dos meses consecutivos. Esto es el primer y/o segundo mes del periodo de calificación. Esto se aplica a los trabajadores de cuidados domiciliarios nuevos y a los que estaban previamente inscritos y que perdieron el seguro de la HUBB. Los trabajadores de cuidados domiciliarios que pierdan el seguro de la HUBB pueden volver a inscribirse si cumple nuevamente con todos los requisitos de elegibilidad.
- Se anuncia un periodo de inscripción abierta.

¿Qué es el “periodo de calificación”?

Un periodo de calificación es un periodo de tres meses que consiste en 80 o más horas trabajadas durante dos meses consecutivos seguido por un mes de periodo de espera. Cuando se recibe un formulario de inscripción y se fecha en la HUBB durante un periodo de calificación, la cobertura será efectiva el primer día del mes después del periodo de espera.

A continuación, un ejemplo: Si usted trabaja 80 horas o más en enero y febrero, usted es elegible para la cobertura a partir del 1 de abril siempre que la HUBB reciba su formulario de inscripción antes del 31 de marzo. (Marzo es su periodo de espera.) Siguiendo con el mismo ejemplo, si la HUBB recibe su formulario de inscripción el 5 de abril, su cobertura será efectiva a partir del 1 de mayo.

¿Cuándo entra en efecto mi cobertura?

Si usted se inscribe como un nuevo trabajador de cuidados domiciliarios elegible, puede inscribirse en cualquier momento durante el periodo de calificación completando un formulario de inscripción médica y odontológica. Una vez recibido el formulario de inscripción y fechado en la HUBB durante el periodo de calificación, la cobertura será efectiva el primer día del mes después de dos meses consecutivos de 80 horas o más además del periodo de espera.

¿Cuándo entra en efecto mi cobertura familiar?

Cuando se reciba el formulario inicial de inscripción para la inscripción de los miembros de su familia y sea fechado en la HUBB, la cobertura será efectiva el primer día del siguiente mes siempre que el trabajador de cuidados domiciliarios haya cumplido con el periodo de calificación y haya realizado el pago de la prima por el costo de la cobertura familiar. Si usted solicitó un subsidio para la prima a través del Programa de Asistencia de Seguro Familiar (FHIAP), la cobertura para los miembros de su familia será efectiva a partir del primer día del mes después de la fecha de aprobación del FHIAP. El FHIAP le facturará la parte que le corresponde de la prima mensual. Los miembros de la familia pueden ser agregados debido a cambios en las condiciones de calificación o durante un periodo de inscripción abierta.

¿Cómo pagaré la cobertura familiar?

Existe un costo adicional para la cobertura familiar. Los afiliados de la HUBB son responsables de la prima mensual para todos los miembros de la familia cubiertos. Al recibir el pago del primer mes de la prima familiar, la HUBB le enviará un suministro de cupones para utilizar al realizar los pagos de las primas mensuales subsiguientes a la HUBB. La HUBB y el Programa de Asistencia de Seguro Familiar (FHIAP) crearon una sociedad para proporcionar cobertura de seguro de salud asequible para los miembros de la familia a través de un programa de subsidio. La FHIAP envía facturas mensuales a los participantes en este programa. Los participantes realizan sus pagos de las primas directamente al FHIAP.

¿Cuándo recibiré mis tarjetas de identificación y el Manual del Plan?

La compañía de seguro le enviará una tarjeta de identificación cuando su cobertura sea efectiva. Cuando solicite servicios, presente su tarjeta de identificación a su proveedor médico u odontológico para que identifique su cobertura. Si necesita servicios antes de que reciba su tarjeta de identificación, comuníquese con la oficina de la HUBB para obtener el número de grupo. Si pierde su tarjeta de identificación, puede solicitar un reemplazo comunicándose con el departamento de servicios de atención para afiliados de la compañía de seguro.

Una vez inscrito en el plan médico y odontológico, recibirá una carta de confirmación de la HUBB. Puede solicitar una copia de su manual del plan a la HUBB con la tarjeta postal que se incluye en

su confirmación de inscripción. También puede ver y/o imprimir su manual del plan en www.hubbinsurance.org. Su manual del afiliado describe sus responsabilidades y proporciona información detallada acerca de los beneficios de su plan, qué servicios requieren autorización previa, limitaciones y procedimientos. Familiarícese con sus beneficios para ser un cliente de atención de la salud bien informado.

Cambios en las condiciones

¿Qué sucede si me mudo y dejo de vivir en el área de mi plan?

Si se muda fuera del área de servicio del plan estando inscrito en éste, dejará de ser elegible para dicho plan. Es importante que notifique a la Oficina de la HUBB para que su inscripción pase a la compañía de seguro responsable en su nueva área.

Estaba inscrito en otro plan pero recientemente perdí esa cobertura. ¿Puedo inscribirme en el plan de la HUBB ahora?

Si no se inscribió en el plan de la HUBB debido a que estaba inscrito en otro plan y perdió esa cobertura, puede solicitar la inscripción en el programa de la HUBB, completando un formulario de inscripción dentro de los 60 días a partir del último día de cobertura bajo el otro plan. La HUBB confirmará que haya cumplido con el requerimiento de horas trabajadas. Usted recibirá crédito por las horas trabajadas en el periodo de dos meses más reciente más el periodo de espera. Si se puede establecer la elegibilidad, su cobertura será efectiva el primer día del mes después de la finalización de su cobertura anterior. Si la HUBB no puede establecer la elegibilidad en base a la revisión de los últimos meses, usted tendrá una brecha en la cobertura hasta que se establezca la elegibilidad.

¿Qué sucede con mi cobertura si mis horas se reducen a menos de 80?

Una vez que usted está inscrito en el programa de seguro de la HUBB, debe continuar trabajando 80 horas o más para permanecer en el plan. Si sus horas se reducen a menos de 80 en un mes, todavía seguirá cubierto. No obstante, si sus horas se reducen a menos de 80 durante dos meses consecutivos, su cobertura se cancelará después de un periodo de espera de un mes.

A continuación, un ejemplo: Si usted está inscrito en el plan y sus horas se reducen a menos de 80 en junio y julio, usted perderá la cobertura el 1 de septiembre. Agosto es su periodo de espera.

Cuando usted pierda la cobertura, la HUBB le enviará información acerca de la continuidad de la cobertura a través del Programa COBRA. El programa COBRA le permite continuar con su cobertura pagando la prima mensual por su cuenta. (Consulte los Avisos obligatorios de beneficios en este manual).

¿Cómo me inscribo si vuelvo a calificar para la cobertura después de que mi cobertura finalice debido a una reducción de horas?

La HUBB le enviará automáticamente un paquete de inscripción cuando haya completado el primer mes de un nuevo periodo

de calificación. Su cobertura será efectiva el primer día del mes después de la recepción del formulario de inscripción (fecha en la HUBB) y terminación del periodo de calificación.

Si no puedo trabajar debido a una lesión en el trabajo, ¿perderé mi seguro de salud?

Una vez inscrito en el plan médico de la HUBB y que sus horas se reduzcan a menos de 80 durante un mes debido a una lesión en el trabajo, todavía seguirá cubierto. Sin embargo, si sus horas se reducen a menos de 80 durante dos meses consecutivos, su cobertura se cancelará.

Cuando usted pierda la cobertura, la HUBB le enviará información acerca de la continuidad de la cobertura a través del Programa COBRA. El Programa COBRA le permite continuar con su cobertura pagando la prima mensual por su cuenta.

Cobertura del plan

¿Tengo que elegir un proveedor de atención primaria (PCP) antes de acudir a mi cita médica?

Sí, con el Plan médico de ODS usted debe seleccionar un PCP que participe en ODS antes de su primera visita al consultorio. Si no utiliza un médico que participe en ODS, es posible que no reciba cobertura para su visita.

Kaiser Permanente le recomienda que seleccione un PCP. Puede elegir un doctor, enfermero profesional o auxiliar médico de medicina familiar o medicina interna. No obstante, no está obligado a seleccionar a su PCP antes de su primera visita.

¿Qué es Cobertura oftalmológica de rutina?

La Cobertura oftalmológica de rutina cubre el costo de sus exámenes oculares de rutina (cuando no existan problemas médicos), la refracción, marcos, lentes y lentes de contacto dentro de la asignación del plan.

¿Tengo que inscribirme por separado para la cobertura oftalmológica de rutina?

No. La cobertura oftalmológica de rutina es parte de su plan médico. La inscripción en el plan médico proporcionará cobertura oftalmológica de rutina.

Estoy inscrito en un plan médico de la HUBB y en Medicare Parte B. ¿A dónde deben enviar los reclamos mis proveedores de atención de la salud?

El plan de beneficios de salud grupal de la HUBB es la cobertura primaria y Medicare es la cobertura secundaria. Sus proveedores de atención de la salud deben enviar los reclamos primero al plan médico de la HUBB.

Costo de la cobertura

Cobertura del empleado

El Estado de Oregon paga el costo total del seguro de salud (cobertura médica, odontológica y oftalmológica) solamente para el empleado a través de una contribución estatal exigida por el acuerdo de negociación colectiva. Usted debe estar inscrito en el plan médico para poder inscribirse en el plan odontológico.

Cobertura familiar

El Estado de Oregon no paga la prima para los miembros de la familia. Los afiliados de la HUBB son responsables de la prima mensual para todos los miembros de la familia cubiertos. Los miembros de la familia deben estar inscritos en el plan médico para poder inscribirse en el plan odontológico.

Los afiliados de la HUBB pueden pagar ellos mismos la prima mensual para los miembros de su familia que sean elegibles. La tabla a continuación indica el costo de la cobertura familiar para el empleado. Los pagos de las primas deben pagarse antes del 1 del mes para la cobertura de dicho mes. Por ejemplo, la HUBB debe recibir el pago de su prima para la cobertura del seguro de abril antes del 1 de abril a fin de que la cobertura familiar sea efectiva a partir del 1 de abril. Adjunte su cheque o giro pagadero a: HUBB Trust.

Cuando estuvieran disponibles, la HUBB también coordinará subsidios para las primas de la cobertura familiar en el Programa de Asistencia de Seguro Familiar (FHIAP) a través de la Oficina de Asociaciones Privadas de Salud (OPHP).

Precios de las primas del seguro para 2011

Prima - contribución estatal = Costo del empleado por la cobertura familiar

	Prima mensual	Contribución estatal	Costo del empleado
Plan médico de Kaiser Permanente			
Solamente para el empleado	562.43	562.43	0.00
Empleado y cónyuge/pareja doméstica	1,124.86	562.43	562.43
Empleado e hijo(s)	1,012.37	562.43	449.94
Empleado y familia	1,687.28	562.43	1,124.85

Plan médico de ODS

Solamente para el empleado	761.73	761.73	0.00
Empleado y cónyuge/pareja doméstica	1,452.44	761.73	690.71
Empleado e hijo(s)	1,161.08	761.73	399.35
Empleado y familia	1,911.88	761.73	1,150.15

Plan odontológico de Kaiser Permanente

Solamente para el empleado	44.35	44.35	0.00
Empleado y cónyuge/pareja doméstica	87.82	44.35	43.47
Empleado e hijo(s)	80.28	44.35	35.93
Empleado y familia	122.41	44.35	78.06

Plan odontológico de ODS

Solamente para el empleado	36.79	36.79	0.00
Empleado y cónyuge/pareja doméstica	72.85	36.79	36.06
Empleado e hijo(s)	66.56	36.79	29.77
Empleado y familia	101.66	36.79	64.87

¿Qué es el FHIAP?

El FHIAP es un programa estatal que paga el 100% de la prima mensual del seguro de salud de su hijo y entre el 50 por ciento y 95 por ciento de los costos de la prima del adulto. Usted pagará copagos y otros costos del plan. Si califica, el subsidio tiene vigencia por un año y podrá volver a solicitarlo cada año.

**Llame al FHIAP al
1-888-564-9669
De lunes a viernes de
9 AM a 5 PM**

Sitio web: www.oregon.gov/OPHP/FHIAP

Resumen de los requerimientos de elegibilidad y normas de inscripción

En este manual encontrará todas las Normas de elegibilidad de la HUBB a partir de la página 18.

ELEGIBILIDAD

Trabajadores de cuidados domiciliarios

Usted es elegible para cobertura del seguro médico y odontológico bajo la HUBB si:

1. Es un Trabajador de cuidados domiciliarios con financiamiento público de tiempo completo, medio tiempo, por horas o residente; y
2. Está empleado a través de Proveedores Empleados por el Cliente (CEP), Proveedores de Pago al Cónyuge u Oregon Project Independence y recibe paga por del Departamento de Servicios Humanos (DHS); y
3. Trabaja 80 horas o más por mes durante dos meses consecutivos; y
4. No está cubierto por ninguna otra cobertura médica u odontológica que no sea Medicare o beneficios de Veteranos. Si está cubierto por otro plan médico u odontológico grupal o individual, debe cancelar dicho plan para ser elegible para la inscripción en el seguro de la HUBB.

Miembros de la familia

Los miembros de la familia de los trabajadores de cuidados domiciliarios son elegibles para el seguro médico y odontológico bajo la HUBB de la siguiente manera:

1. Si usted está casado, su cónyuge legal es elegible para el seguro. Su pareja doméstica del mismo sexo o del sexo opuesto es elegible para la cobertura si cumple con el criterio de elegibilidad de la Declaración Jurada de Pareja Doméstica de la HUBB o si usted presenta un Certificado de Registro de Pareja Doméstica.
2. Todo menor de 26 años que sea hijo biológico o adoptivo, o que se encuentre en proceso de adopción por parte del empleado elegible, de su cónyuge o de su pareja doméstica, que no esté cubierto por ningún otro seguro médico ni odontológico, y que no cuente con otro seguro odontológico o médico disponible patrocinado por el empleador.

Pérdida de la elegibilidad

Los empleados pierden la elegibilidad cuando sus horas trabajadas son menos de 80 horas durante dos meses consecutivos. La cobertura finaliza un mes después de que sus horas de trabajo se reduzcan a menos de 80 horas durante dos meses consecutivos.

Los miembros de la familia pierden la elegibilidad cuando dejan de cumplir con la definición de miembro de la familia o cuando el empleado pierde la elegibilidad debido a una reducción en las horas de trabajo.

Una vez inscritos en el programa, los empleados y los miembros de la familia que pierdan la elegibilidad pueden continuar con la cobertura a través del programa de Continuidad de la Cobertura de la ley COBRA pagando ellos mismos la prima mensual.



INSCRIPCIÓN Y FECHAS EFECTIVAS

Trabajadores de cuidados domiciliarios elegibles

Los trabajadores de cuidados domiciliarios pueden inscribirse durante el periodo de calificación completando el Formulario de Inscripción Médica y Odontológica según su área de residencia. Una vez recibido el formulario de inscripción y fechado en la HUBB durante el periodo de calificación, la cobertura será efectiva el primer día del mes después de dos meses consecutivos de 80 horas o más además del periodo de espera.

Los trabajadores que presenten el formulario de inscripción después del periodo de calificación recibirán cobertura el primer día del mes después de la recepción del formulario (fechado en la HUBB) si el empleado continúa cumpliendo con los requisitos de elegibilidad.

Volver a inscribirse para la cobertura

Los trabajadores de cuidados domiciliarios que pierdan la cobertura de la HUBB y que más adelante trabajen lo suficiente para calificar para el seguro de la HUBB nuevamente, pueden inscribirse para el seguro.

Los empleados que regresen a su condición de elegibles para beneficios después de un periodo de no elegibilidad y pérdida de la cobertura deben trabajar 80 horas o más durante dos meses consecutivos y cumplir con el periodo de espera de un mes para calificar para la inscripción en la cobertura.

Los empleados que regresen a la condición de calificados después de una suspensión de la cobertura deben completar un nuevo formulario de inscripción y presentarlo a la HUBB durante el periodo de calificación. Una vez recibido el formulario de inscripción y fechado en la HUBB durante el periodo de calificación, la cobertura será efectiva el primer día del mes después de dos meses consecutivos de 80 horas además del periodo de espera.

Inscripción de miembros de la familia

Los trabajadores pueden inscribir a los miembros de su familia para la cobertura médica y odontológica de la siguiente manera:

1. Al momento de la inscripción inicial del empleado;
2. Al momento en que el empleado vuelva a calificar para la cobertura;
3. Como resultado de un cambio en las condiciones; o
4. Durante el período de inscripción abierta.
5. Los miembros de la familia deben estar

inscritos en el plan médico para ser elegibles para inscribirse en el plan odontológico.

6. Los miembros de la familia no podrán participar a no ser que el trabajador de cuidados domiciliarios esté inscrito en los planes de la HUBB.
7. Los miembros de la familia no pueden ser pacientes (clientes) del trabajador de cuidados domiciliarios.

CAMBIOS EN LA INSCRIPCIÓN

Cambios en las condiciones

Los trabajadores pueden realizar cambios en su inscripción si la solicitud de cambios en la inscripción es conforme a, y como resultado de, un cambio calificado en las condiciones según se describe a continuación. Las solicitudes de cambios en la inscripción deben ser recibidas y fechadas en la HUBB dentro de los 60 días del cambio en las condiciones para que tengan validez. Una vez recibido el formulario de inscripción y fechado en la HUBB durante el periodo de inscripción de 60 días para el cambio en las condiciones, la cobertura será efectiva el primer día del mes siguiente siempre que el trabajador continúe cumpliendo con los requisitos de elegibilidad.

En caso de un hijo recién nacido, la cobertura será efectiva retroactiva a la fecha de nacimiento siempre que el formulario de inscripción sea recibido (y fechado en la HUBB) durante los 60 días del periodo de inscripción para el cambio en las condiciones.

Los cambios en las condiciones incluyen que:

1. Usted se case o establezca una pareja doméstica por medio de Declaración Jurada o Certificado de Registro de Pareja Doméstica.
2. Su cónyuge o pareja doméstica fallezca; o usted se divorcie o disuelva la pareja doméstica.
3. Nazca su hijo biológico; usted adopte un hijo o un hijo sea colocado en adopción con usted.
4. Un hijo dependiente fallezca.
5. Un hijo pase a ser elegible como dependiente para la cobertura bajo su plan de beneficios.
6. Un hijo deje de ser elegible como dependiente para la cobertura bajo su plan de beneficios.
7. Su condición de empleo cambie.
8. La condición de empleo de su cónyuge o pareja doméstica cambie.
9. El costo de su cobertura de beneficios cambie.
10. Usted, su cónyuge o pareja doméstica o hijo dependiente pierdan otra cobertura de beneficios.

11. Usted, su cónyuge o pareja doméstica reciban un Fallo de Manutención Médica de Hijos Calificado.
12. Usted, su cónyuge o pareja doméstica se muden fuera del área de servicio de plan.
13. Se apruebe o deniegue un subsidio para la prima del FHIAP para el miembro de su familia o que la cantidad de su subsidio para la prima del FHIAP cambie.
14. Usted o un miembro de la familia sea elegible para asistencia o pierda la elegibilidad para la cobertura bajo Medicaid o el Programa de Seguro de Salud para Niños (CHIP).

Mudanza fuera del área de servicio

Si un trabajador se muda fuera del área de servicio del plan médico y/u odontológico en donde se encuentra inscrito y deja de ser elegible para participar en dicho plan, deberá volver a inscribirse en el plan disponible en la nueva área.

Cobertura bajo otro plan – Pérdida de la cobertura

Los trabajadores no inscritos en el plan de seguro debido a que están cubiertos por otro plan, que posteriormente pierdan la otra cobertura, pueden solicitar la inscripción en el Programa de Seguro para Cuidados Domiciliarios. Para establecer la elegibilidad después de la pérdida de la otra cobertura, la HUBB debe evaluar la elegibilidad en base a una revisión de las horas trabajadas informadas en los meses anteriores. El empleado recibirá crédito por las horas trabajadas durante el periodo de dos meses más reciente y el periodo de espera. Si se puede establecer la elegibilidad, la cobertura del empleado será efectiva el primer día del mes después de la pérdida de la cobertura anterior. Si no se establece la cobertura en base a la revisión de los meses más recientes, el empleado tendrá una interrupción en la cobertura hasta que se establezca la elegibilidad.

¿Preguntas acerca de la elegibilidad y la inscripción?

Contacto: HUBB

1.866.364.HUBB (4822) *número gratuito*
8 a.m. a 5 p.m. *De lunes a viernes*

sitio web: www.hubbinsurance.org

correo electrónico:
HUBB@opeuseiu.org



KAISER PERMANENTE®

Tipo de plan

Organización para el mantenimiento de la salud (HMO)

Área de servicio

El área de servicio de Kaiser Permanente es de un radio de 30 millas aproximadamente desde cualquier establecimiento de Kaiser Permanente. El área de servicio se define según los códigos postales. Si usted vive en uno de los códigos postales enunciados aquí, su cobertura será proporcionada a través del Plan médico de Kaiser Permanente.

Usted será elegible para la inscripción y la cobertura continua siempre que resida en el área de servicio. El área de servicio incluye los siguientes condados dentro de los siguientes códigos postales:

En Oregon

Benton: 97330, 97331, 97333, 97339, 97370

Clackamas: 97004, 97009, 97011, 97013, 97015, 97017, 97022, 97023, 97027, 97034, 97035, 97036, 97038, 97042, 97045, 97049, 97055, 97067, 97068, 97070, 97086, 97089, 97222, 97267, 97268, 97269

Columbia: Todos los códigos postales

Hood River: 97014,

Linn: 97321, 97322, 97335, 97355, 97358, 97360, 97374, 97389

Marion: 97002, 97020, 97026, 97032, 97071, 97137, 97301, 97302, 97303, 97305, 97306, 97307, 97308, 97309, 97310, 97311, 97312, 97313, 97314, 97317, 97325, 97342, 97346, 97352, 97362, 97373, 97375, 97381, 97383, 97384, 97385, 97392

Multnomah: Todos los códigos postales

Polk: Todos los códigos postales

Washington: Todos los códigos postales

Yamhill: Todos los códigos postales

En Washington

Clark: Todos los códigos postales

Cowlitz: Todos los códigos postales

Lewis: 98591, 98593, 98596

Skamania: 98639, 98648, 98671

Wahkiakum: 98612, 98647

Atención fuera del área

No cubierta, excepto para atención de emergencia y urgencia cuando no pueda llegar a un establecimiento de Kaiser Permanente.

Proveedores cubiertos

Debe utilizar los proveedores y establecimientos de Kaiser Permanente para ser elegible para la cobertura de beneficios bajo este plan. Kaiser le recomienda que elija un médico de atención primaria para coordinar su atención médica y autorizar derivaciones hacia otros médicos y especialistas de Kaiser.

Puede revisar los proveedores en cada establecimiento de Kaiser o visitando www.kaiserpermanente.org o también puede solicitar un listado de médicos y establecimientos por teléfono a la HUBB o a los Servicios de atención para afiliados de Kaiser Permanente.

Límites de edad de los dependientes

Su plan grupal cubre a dependientes inscritos hasta los 26 años de edad (consulte las Normas de elegibilidad, sección 1 para una definición de miembros de la familia elegibles).

Servicios de atención para afiliados (de lunes a viernes, de 8 a.m. a 6 p.m.)

Área de Portland...503-813-2000. Todas las demás áreas...1-800-813-2000. TTY...1-800-735-2900. Servicios de interpretación de idiomas, todas las áreas...1-800-324-8010



KAISER PERMANENTE®

Resumen de los beneficios del plan médico

1 de abril de 2011 – 31 de diciembre de 2011

COMISIÓN DE CUIDADOS DOMICILIARIOS DE OREGON	11428-001
Deducible anual individual	Ninguno
Deducible anual familiar	Ninguno
Desembolso máximo anual individual	\$600 ¹
Desembolso máximo anual familiar	\$1,200 ²
Beneficio máximo de por vida	Ninguno

Beneficio (al ser proporcionado, prescrito o autorizado por un proveedor del Plan de Kaiser Permanente)	Usted paga
Visitas al consultorio	
Cuidado preventivo	\$0
Atención médica primaria	\$20
Atención de urgencia	\$20
Atención especializada	\$20 ²
Cuidado prenatal	\$0
Exámenes oftalmológicos de rutina	\$20
Vacunas antialérgicas y otras inyecciones	\$5
Inmunizaciones de rutina	\$0
Terapias de rehabilitación	\$20 ³
Cirugía ambulatoria	\$20 ²
Radiografías, imágenes, laboratorio y otros procedimientos de diagnóstico especiales	\$0
Medicamentos con receta para pacientes externos	\$10 genéricos/ \$20 de marca. Recibe un suministro máximo de 30 días. Al utilizar entrega postal, recibe un suministro máximo de 90 días de medicamentos de mantenimiento por dos copagos. ⁴
Atención hospitalaria para pacientes internos	\$0 ⁵
Atención hospitalaria por maternidad para la madre y el recién nacido	Igual que atención hospitalaria para pacientes internos.
Visita al departamento de emergencia– hospital afiliado a Kaiser	\$75 ⁶
Visita al departamento de emergencia– Emergicenter o Clínicas para atención de urgencia de Kaiser	\$20
Servicios de ambulancia	\$75
Servicios de salud mental	
Atención residencial y para pacientes internos	\$0 ⁵
Tratamiento diurno	\$20 de copago por día
Tratamiento para pacientes externos	\$20 de copago
Servicios por dependencia de sustancias químicas	
Atención residencial y para pacientes internos	\$0 ⁵
Tratamiento diurno	\$20 de copago por día
Tratamiento para pacientes externos	\$20 de copago



KAISER PERMANENTE®

Resumen de los beneficios del plan médico

1 de abril de 2011 – 31 de diciembre de 2011

Beneficio (al ser proporcionado, prescrito o autorizado por un proveedor del Plan de Kaiser Permanente)

Usted paga

Atención en establecimiento de cuidados especializados	\$0 hasta un máximo de 100 días por año
Atención de la salud en el hogar	\$0 hasta un máximo de 130 consultas por año
Servicios de infertilidad	50% para diagnóstico y tratamiento
Equipo médico duradero	20%
Prescripción para anteojos y lentes de contacto	Proporcional después de aplicarse un crédito de \$150. Su beneficio se renueva cada 24 meses, anualmente, a partir de la fecha de servicio. ⁷

Esto no es un contrato. Este resumen de beneficios no describe completamente su cobertura de beneficios con Kaiser Foundation Health Plan of the Northwest. Para más detalles sobre su cobertura de beneficios, revisión de reclamos y procedimientos de adjudicación, consulte su evidencia de cobertura (o EOC) o llame a los Servicios de atención para afiliados. En caso de existir alguna discrepancia entre este resumen y la EOC, la EOC prevalecerá.

Notas al pie: ¹Por año calendario. ²\$0 para procedimientos preventivos. ³Con un límite de hasta 20 consultas por año de terapia. ⁴Aplica el formulario de Kaiser Permanente. Cubrimos medicamentos fuera del formulario cuando usted cumple con el criterio de excepción. ⁵Incluye habitación y comida, cirugía, anestesia, radiografías, imágenes, laboratorio y medicamentos. ⁶Se exime del copago si es admitido. ⁷Los honorarios profesionales para lentes de contacto cosméticos no están cubiertos. Si no se utiliza todo el crédito en la primera consulta, el proporcional caduca. No se aplicarán cargos para lentes y marcos estándar después de una cirugía de cataratas.





KAISER PERMANENTE®

Resumen de los beneficios del plan odontológico

1 de abril de 2011 – 31 de diciembre de 2011

COMISIÓN DE CUIDADOS DOMICILIARIOS DE OREGON

11428-001

Cargo de la visita al consultorio odontológico

\$10*

Deducible anual

Ninguno

Beneficio máximo anual

\$1,500

Beneficio (al ser proporcionado, prescrito o autorizado por un dentista del Plan de Kaiser Permanente)

Usted paga

Servicios preventivos y de diagnóstico

Exámenes orales y radiografías, limpieza dental, tratamiento de flúor, instrucciones para el cuidado de sus dientes y encías, y mantenedores de espacio prescritos

\$10

Servicios básicos de restauración

Empastes de rutina, coronas de plástico y acero inoxidable

20%

Extracciones simples

20%

Cirugía oral

Extracciones dentales quirúrgicas, incluyendo diagnóstico y evaluación

20%

Periodoncia

Diagnóstico, evaluación y tratamiento de enfermedades periodontales, incluyendo raspado y alisado radicular

20%

Endodoncia

Tratamiento de conducto y terapia relacionada, incluyendo diagnóstico y evaluación

20%

Servicios de restauración mayores

Coronas de oro o porcelana, incrustaciones, y soportes y pónicos de puentes

50%

Servicios de prótesis removibles

Dentaduras totales y parciales, revestimiento y rebasado

50%

Tratamiento de emergencia

A través de proveedores del plan:

\$25 para visitas de atención de emergencia y urgencia el mismo día o el siguiente día laborable más cualquier otro cargo que se aplique normalmente.

A través de proveedores fuera del plan:

Proporcional después de un reembolso de hasta \$100 para reclamos que califiquen fuera del área de servicio.

Ortodoncia

No es un beneficio cubierto

Tenga en cuenta: *se aplica en cada visita al consultorio

- Usted paga \$15 por óxido nitroso para adultos y niños mayores de 13 años.
- Usted paga el 10 por ciento de los cargos para protectores bucales para la noche.

Limitaciones y exclusiones

Los beneficios para tratamientos en proceso están excluidos para los siguientes servicios y materiales relacionados: a) una prótesis u otro dispositivo, o modificación de los mismos, cuando se haya creado una impresión antes de que su cobertura fuera efectiva; b) una corona, puente o restauración en oro por lo cual se preparó un diente antes de que su cobertura fuera efectiva; c) para los tratamientos de conducto, si la cámara pulpar fue abierta antes de que su cobertura fuera efectiva, se cubre el 50 por ciento de los cargos.

Esto no es un contrato. Este resumen de beneficios no describe completamente su cobertura de beneficios con Kaiser Foundation Health Plan of the Northwest. Para más detalles sobre su cobertura de beneficios, revisión de reclamos y procedimientos de adjudicación, consulte la Guía de sus beneficios (o EOC) o llame a los Servicios de atención para afiliados. En caso de existir alguna discrepancia entre este resumen y la EOC, la EOC prevalecerá.



Tipo de plan

Médico- Atención Administrada

Odontológico -Premier

Área de servicio

Médico– Todas las áreas a lo largo del estado fuera del Área de servicio de Kaiser Permanente.

Odontológico– Todas las áreas a lo largo del estado.

Proveedores

Médico- Debe utilizar los proveedores de la red para tener cobertura, excepto en casos de emergencias médicas o derivaciones autorizadas a un proveedor fuera de la red. Debe seleccionar un Proveedor de Atención Primaria (PCP) de ODS Plus Network disponible en www.odscompanies.com o si se encuentra inscrito actualmente, ingresando a myODS en www.odscompanies.com/members. El PCP coordina todas las necesidades de atención de la salud incluyendo derivaciones y autorización para atención especializada, autorización para hospitalización y problemas severos de la atención de la salud. Cada miembro de la familia puede elegir un PCP distinto. Los beneficios bajo este plan no estarán disponibles para usted si recibe atención a través de un proveedor participante o a través de cualquier otro médico sin una derivación de su PCP.

Odontológico- Puede elegir servicios de cualquier proveedor odontológico certificado. Los reembolsos a los proveedores odontológicos de ODS Premier y proveedores odontológicos sin contrato podrían variar. Para aprovechar al máximo sus beneficios, puede buscar proveedores odontológicos de ODS Premier visitando www.odscompanies.com.

Limitación para condiciones preexistentes –Médico solamente

Este plan posee una limitación de seis meses para condiciones preexistentes para afiliados mayores de 19 años. Una condición preexistente es una condición física o mental diagnosticada y por la cual usted recibió recomendación o tratamiento médico durante el periodo de seis meses inmediatamente anterior a su fecha de inscripción.

Su periodo de exclusión de seis meses se reducirá si usted tuvo una cobertura anterior y si su cobertura anterior finalizó dentro de los 63 días de la fecha de inscripción en la cobertura bajo este Plan. Presente el formulario de certificado de cobertura acreditable de su plan anterior para recibir el crédito.

Para más información acerca de esta limitación para condiciones preexistentes, comuníquese con ODS.

Límites de edad de los dependientes

Su plan grupal cubre a dependientes inscritos hasta los 26 años de edad (consulte las Normas de elegibilidad, sección 1 para una definición de miembros de la familia elegibles).

Servicios de atención para afiliados

Servicio para clientes del plan médico

(503) 265-2964
(888) 217-2363

Servicio para clientes del plan odontológico

(503) 265-2965
(888) 217-2365

Servicio para clientes de farmacia

800-913-4284



Resumen de los beneficios del plan médico

1 de abril de 2011 – 31 de diciembre de 2011

COMISIÓN DE CUIDADOS DOMICILIARIOS DE OREGON

10001759

Servicio

Deducible por año calendario Afiliado / Familia
 Desembolso máximo por año calendario por afiliado
 Beneficio máximo de por vida (médico y radiológico)

Red de ODS *usted* paga

\$100¹
 \$2,500 (2x por familia)
 \$750,000

CUIDADADO PREVENTIVO (consultar el esquema en el manual del afiliado)

SIN DEDUCIBLE

Exámenes físicos de rutina	\$0
Inmunizaciones de rutina (todas las edades)	\$0
Chequeos de rutina para bebés	\$20
Mamografías de rutina para mujeres	\$0
Exámenes anuales para mujeres	\$0
Radiografías y servicios de laboratorio de rutina (relacionados con los exámenes físicos de rutina)	20%

OFTALMOLOGÍA

Este Plan cubre los exámenes oftalmológicos para usted y sus dependientes asegurados, lentes de contacto y marcos cuando son prescritos por un oftalmólogo o un optometrista certificado.

Exámenes oculares, lentes, marcos y lentes de contacto 100% cubiertos hasta un total máximo de \$200 por año calendario para menores de 18 años de edad y cada dos años calendario para mayores de 18 años de edad.

SERVICIOS MÉDICOS / DE PROVEEDORES

SIN DEDUCIBLE

Visitas al consultorio	\$20
Rehabilitación para pacientes externos	\$20
Visitas al consultorio para atención de urgencia	\$20 por visita

MEDICAMENTOS CON RECETA PARA PACIENTES EXTERNOS

Genéricos	40% de copago
De marca	40% de copago
Hasta un máximo de \$150 de copago por prescripción. Consulte el Manual del Plan ODS para información sobre limitaciones y exclusiones.	

SERVICIOS DE HOSPITAL

SE APLICAN DEDUCIBLES

Atención para pacientes internos (incluyendo radiografías y servicios de laboratorio)	20%
Cirugía para pacientes externos (incluyendo cirugía realizada en el consultorio médico/del proveedor)	20%
Cargos del centro quirúrgico / establecimiento quirúrgico	20%
Visitas médicas durante la hospitalización	20%
Honorarios del cirujano	20%

SERVICIOS DE EMERGENCIA

SE APLICAN DEDUCIBLES

Sala de emergencia (\$100 por visita, eximido si es admitido)	\$100 de copago, después 20%
Ambulancia	20%

Resumen de los beneficios del plan médico

1 de abril de 2011 – 31 de diciembre de 2011

Servicio

OTROS SERVICIOS

Radiografías de diagnóstico y servicios de laboratorio (en el consultorio y como paciente externo)	20%
Imágenes específicas (IRM, TC, TAC, TEP)	20%
Vacunas antialérgicas y otras inyecciones terapéuticas	20%
Equipos y suministros médicos	20%
Cuidado de hospicio (sujeto a limitaciones)	20%
Salud mental/dependencia de sustancias químicas (paciente externo)	\$20 (sin deducible)
Salud mental/dependencia de sustancias químicas (residencial)	20%
Salud mental/dependencia de sustancias químicas (paciente interno)	20%
Atención de la salud en el hogar	20%
Establecimiento de cuidados especializados	20%

Red de ODS *usted* paga

SE APLICAN DEDUCIBLES

¹ No se aplican copagos fijos en dólares, copagos para medicamentos con receta, y cargos no autorizados al deducible anual ni al desembolso máximo.

Este resumen de beneficios no describe completamente su cobertura de beneficios con el Plan médico de ODS. Para más detalles acerca de su cobertura, consulte su Manual del afiliado de ODS o llame a los Servicios de atención para clientes de ODS. En caso de existir algún conflicto entre este Resumen y el Manual del afiliado de ODS, el Manual prevalecerá.



Resumen de los beneficios del plan odontológico

1 de abril de 2011 – 31 de diciembre de 2011

COMISIÓN DE CUIDADOS DOMICILIARIOS DE OREGON 10001759

Beneficio máximo por año calendario, por afiliado \$1,500

Deducible por año calendario, por afiliado \$50

Servicio

Beneficio

CUIDADO PREVENTIVO (sin deducible)

100%

- Exámenes/radiografías (examen de rutina y radiografías tipo bitewing una vez cada seis meses)
- Profilaxis (limpiezas - una vez cada seis meses)
- Selladores de fisuras
- Mantenedores de espacio
- Flúor

BÁSICO

80%

- Odontología restauradora (tratamiento de caries con amalgama o composite)
- Cirugía oral (extracciones quirúrgicas y determinados procedimientos quirúrgicos menores)
- Endodoncia (terapia pulpar y empaste de conductos)
- Periodoncia (tratamiento de los tejidos que dan soporte a los dientes)

PRINCIPAL

50%

- Coronas
- Restauraciones de fundas
- Implantes
- Trabajos de dentaduras y puentes (construcción o reparación de puentes fijos, parciales y dentaduras completas)

SALUD ORAL, SALUD TOTAL

Las investigaciones confirman que las visitas regulares al dentista pueden contribuir al diagnóstico y control de la diabetes; y las limpiezas dentales durante el tercer trimestre del embarazo pueden contribuir a prevenir el parto prematuro y los nacimientos de bebés con bajo peso. Este nuevo programa denominado Salud Oral, Salud Total se desarrolló en base a estas nuevas evidencias. Los beneficios del programa incluyen:

- Una limpieza en el tercer trimestre de embarazo
- Dos limpiezas adicionales o mantenimiento periodontal por año para personas con diabetes

Para registrarse en el programa *Salud Oral, Salud Total* de ODS, llame al 1-877-277-7280.

Limitaciones y exclusiones

Se aplican limitaciones y exclusiones. Los servicios iniciados antes de la fecha efectiva del programa de la persona no están cubiertos.

Este resumen de beneficios no describe completamente su cobertura de beneficios con el Plan odontológico ODS Dental. Para más detalles acerca de su cobertura, consulte su Manual del afiliado de ODS o llame a los Servicios de atención para clientes de OSD. En caso de existir algún conflicto entre este Resumen y el Manual del afiliado de ODS, el Manual prevalecerá.

Avisos obligatorios de beneficios

1. Información importante acerca de sus Derechos de continuidad de la cobertura de COBRA

Introducción

El derecho a la continuidad de la cobertura de COBRA fue creado mediante una ley federal, la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria de 1985 (COBRA). La continuidad de la cobertura de COBRA puede estar disponible para usted cuando pierda de alguna manera su cobertura de salud grupal. También puede estar disponible para otros miembros de su familia que se encuentren cubiertos bajo el Plan cuando ellos pierdan de alguna manera su cobertura de salud grupal. Para información adicional acerca de sus derechos y obligaciones bajo el Plan y bajo las leyes federales, lea la Descripción resumida del Plan o comuníquese con el Administrador del Plan. El Administrador del Plan es Homecare Union Benefits Board, LLC. (HUBB)

¿Qué es la continuidad de la cobertura de COBRA?

La continuidad de la cobertura de COBRA es una continuación de la cobertura del Plan cuando ésta terminara de alguna manera debido a una situación de la vida conocida como “evento de calificación”. Los eventos específicos de calificación se enuncian más adelante en este aviso. Después de un evento de calificación, debe ofrecerse la continuidad de la cobertura de COBRA a toda persona que sea un “beneficiario calificado”. Usted, su cónyuge/pareja doméstica y sus hijos dependientes podrían ser beneficiarios calificados si la cobertura bajo el Plan se pierde debido al evento de calificación. Bajo el Plan, los beneficiarios calificados que elijan la continuidad de la cobertura de COBRA deben pagar por ésta.

Si usted es un empleado, se convertirá en un beneficiario calificado si pierde su cobertura bajo el Plan en caso de que ocurra uno de los siguientes eventos de calificación:

- Sus horas de empleo se reducen, o
- Su empleo finaliza por cualquier razón.

Si usted es un cónyuge/pareja doméstica de un empleado, se convertirá en un beneficiario calificado si pierde su cobertura bajo el Plan en caso de que ocurra cualquiera de los siguientes eventos de calificación:

- Su cónyuge/pareja doméstica fallece;
- Las horas de empleo de su cónyuge/pareja doméstica se reducen;
- El empleo de su cónyuge/pareja doméstica finaliza por cualquier razón;
- Su cónyuge/pareja doméstica tiene derecho a (se inscribe en) beneficios de Medicare (bajo la Parte A, Parte B o ambas); o
- Usted se divorcia o se separa legalmente de su cónyuge; o se disuelve la pareja doméstica.
- Su cónyuge/pareja doméstica es elegible para asistencia o pierde la elegibilidad para la cobertura bajo Medicaid o el Programa de Seguro de Salud para Niños (CHIPS)

Sus hijos dependientes se convertirán en beneficiarios calificados si pierden la cobertura bajo el Plan en caso de que ocurra cualquiera de los siguientes eventos de calificación:

- El padre-empleado fallece;
- Las horas de empleo del padre-empleado se reducen;
- El empleo del padre-empleado finaliza por cualquier razón;
- El padre-empleado tiene derecho a (se inscribe en) beneficios de Medicare (Parte A, Parte B o ambas);

- Los padres se divorcian o se separan legalmente; o se disuelve la pareja doméstica;
- El hijo deja de ser elegible para la cobertura bajo el plan como “hijo dependiente”.
- El padre-empleado es elegible para asistencia o pierde la elegibilidad para la cobertura bajo Medicaid o el Programa de Seguro de Salud para Niños (CHIPS)

¿Cuánto durará la continuidad de la cobertura?

En el caso de una pérdida de cobertura debido a la finalización del empleo o reducción de las horas de trabajo, la cobertura por lo general puede continuar por un total de hasta 18 meses. En el caso de una pérdida de cobertura debido al fallecimiento del empleado, divorcio o separación legal o disolución de la sociedad doméstica, para el empleado con derecho a (inscrito en) beneficios de Medicare o para un hijo dependiente que deje de ser dependiente bajo los términos del plan, la cobertura puede continuar por un total de hasta 36 meses. Cuando el evento de calificación es la finalización del empleo o la reducción de las horas de trabajo del empleado, y el empleado comenzó a tener derecho a (se inscribió en) beneficios de Medicare antes de los 18 meses previos al evento de calificación, la continuidad de la cobertura de COBRA para beneficiarios calificados, que no sea el empleado, durará hasta 36 meses después de la fecha de habilitación (inscripción) en Medicare. Este aviso indica el periodo máximo de continuidad de la cobertura disponible para los beneficiarios calificados.

La continuidad de la cobertura finalizará antes de que termine el periodo máximo si:

- no se paga la totalidad de alguna de las primas oportunamente,
- un beneficiario calificado, después de haber elegido la continuidad de la cobertura, pasa a tener cobertura bajo otro plan de salud grupal que no establezca ninguna exclusión para condiciones preexistentes para una condición preexistente del beneficiario calificado,
- si un beneficiario calificado se inscribe en beneficios de Medicare (bajo la Parte A, Parte B o ambas) después de haber elegido la continuidad de la cobertura, o
- si el empleador deja de proporcionar cualquier plan de salud grupal para sus empleados.

La continuidad de la cobertura también puede finalizar por cualquier razón por la que el Plan finalice la cobertura de un participante o beneficiario que no reciba la continuidad de la cobertura (como ser fraude).

¿Cómo extender la duración de la continuidad de la cobertura?

Si elige la continuidad de la cobertura, puede estar disponible una extensión del periodo máximo de 18 meses de cobertura si un beneficiario calificado está discapacitado u ocurre un segundo evento de calificación. Debe notificar al Administrador del Plan acerca de una discapacidad o un segundo evento de calificación para extender el periodo de la continuidad de la cobertura. No notificar una discapacidad o un segundo evento de calificación podría afectar el derecho de extender el periodo de la continuidad de la cobertura.

Discapacidad

Puede estar disponible una extensión de 11 meses si alguno de los beneficiarios calificados está discapacitado. La Administración del Seguro Social (SSA) debe determinar que el beneficiario calificado estaba discapacitado en algún momento durante los primeros 60 días de la continuidad de la cobertura y la discapacidad debe durar al menos hasta el final del periodo de 18 meses de la cobertura.

Usted debe notificar al Administrador de la ley COBRA de la HUBB acerca de dicho hecho dentro de los 60 días de la determinación de la SSA y antes de transcurridos los primeros 18 meses de la continuidad de la cobertura. Cada beneficiario calificado que haya elegido la continuidad de la cobertura tendrá derecho a la extensión por discapacidad de 11 meses si uno de ellos califica. Si la SSA determina que el beneficiario calificado ya no está discapacitado, debe notificar al Administrador del Plan acerca de dicho hecho dentro de los 30 días de la determinación de la SSA.

Segundo evento de calificación

Una extensión de 18 meses de la cobertura estará disponible para cónyuges/parejas domésticas e hijos dependientes que elijan la continuidad de la cobertura si un segundo evento de calificación ocurre durante los primeros 18 meses de la continuidad de la cobertura. La cantidad máxima de continuidad de la cobertura disponible cuando ocurre un segundo evento de calificación es de 36 meses. Dicho segundo evento de calificación puede incluir el fallecimiento de un empleado cubierto, divorcio o separación legal o disolución de la sociedad doméstica del empleado cubierto, que el empleado cubierto comience a tener derecho a (esté inscrito en) beneficios de Medicare (bajo la Parte A, Parte B o ambas), o que un hijo dependiente deje de ser elegible para la cobertura como dependiente bajo el plan. Estos eventos solamente pueden considerarse un segundo evento de calificación si hubieran causado que el beneficiario calificado en ese caso perdiera la cobertura bajo el plan si el primer evento de calificación no hubiera ocurrido. Debe notificar al Administrador del Plan dentro de los 60 días después de que ocurra un segundo evento de calificación si desea extender la continuidad de su cobertura.

¿Cómo puede elegir la continuidad de la cobertura?

Un beneficiario calificado tiene derecho a elegir la continuidad de la cobertura. Un beneficiario calificado debe elegir la cobertura antes de la fecha especificada en el Formulario de Elección. No hacerlo resultará en la pérdida del derecho de elegir la continuidad de la cobertura bajo el Plan. Un beneficiario calificado puede cambiar una denegación previa de continuidad de la cobertura en cualquier momento hasta esa fecha. Cada beneficiario calificado tiene el derecho de elegir la continuidad de la cobertura individualmente. Por ejemplo, el cónyuge/pareja doméstica del empleado puede elegir la continuidad de la cobertura aun si el empleado no lo hace. La continuidad de la cobertura puede ser elegida solamente para uno, varios o todos los hijos dependientes que sean beneficiarios calificados. Un padre puede elegir la continuidad de la cobertura en representación de cualquiera de sus hijos dependientes. El empleado o el cónyuge/pareja doméstica del empleado puede elegir la continuidad de la cobertura en representación de todos los beneficiarios calificados.

Al considerar elegir la continuidad de la cobertura, debería tener en cuenta que no continuar con su cobertura de salud grupal afectará sus futuros derechos bajo las leyes federales. Primero, puede perder el derecho a evitar que otros planes de salud grupales le apliquen exclusiones por condiciones preexistentes si tiene una brecha de más de 63 días en la cobertura de salud, una elección de continuidad de la cobertura podría ayudarle a no tener dicha brecha. Finalmente, debe tener en cuenta que tiene derechos especiales de inscripción bajo las leyes federales. Tiene derecho a solicitar una inscripción especial en otro plan de salud grupal para el cual usted sea elegible (como ser un plan patrocinado por el empleador de su cónyuge/pareja doméstica) dentro de los 30 días posteriores a la finalización de su plan de salud grupal debido a los eventos de calificación anteriormente mencionados. También

tendrá el mismo derecho de inscripción especial al finalizar la continuidad de la cobertura si obtiene la continuidad de la cobertura por el máximo tiempo disponible para usted.

¿Cuánto cuesta la continuidad de la cobertura?

Cada beneficiario calificado paga el costo total de la continuidad de la cobertura. La cantidad que debe pagar un beneficiario calificado según la ley COBRA no puede exceder el 102 por ciento del costo del plan de salud grupal de una cobertura para un participante o beneficiario de un plan en similar situación que no recibe continuidad de la cobertura (ó 150 por ciento en el caso de una extensión de la continuidad de la cobertura debido a una discapacidad). El pago requerido para cada periodo de continuidad de la cobertura para el beneficiario calificado que se enuncia en el Aviso de Elección se describe en dicho aviso.

¿Cuándo y cómo se debe realizar el pago de la continuidad de la cobertura?

Primer pago de la continuidad de la cobertura

Si usted elige la continuidad de la cobertura, puede pagar el pago de su prima junto con el formulario de elección o debe realizar su primer pago de la continuidad de la cobertura dentro de los 45 días posteriores a la fecha de su elección. (Es decir, la fecha del sello del correo en el Formulario de Elección, si fue enviado por correo.) Si no realiza su primer pago de la continuidad de la cobertura dentro de esos 45 días, perderá todos los derechos a la continuidad de la cobertura bajo el Plan.

Su primer pago debe cubrir el costo de la continuidad de la cobertura desde la fecha en que su cobertura bajo el Plan hubiera terminado y hasta la fecha en que realice el primer pago. Usted es responsable de asegurarse de que la cantidad de su primer pago sea suficiente para cubrir todo el periodo. Puede comunicarse con el Administrador del Plan al (503) 364-HUBB (4822) o al (866) 364-4822 para confirmar la cantidad de su primer pago.

Emita su cheque pagadero a "HUBB Trust" y envíelo por correo a:

Homecare Union Benefits Board, LLC
SEIU Local 503, OPEU
Headquarters: 1730 Commercial Street SE
PO Box 12159
Salem, OR 97309-0159

Pago periódico de la continuidad de la cobertura

Después de realizar el primer pago de la continuidad de la cobertura, se le solicitará que pague la continuidad de la cobertura cada mes de cobertura subsiguiente. Bajo el Plan, estos pagos periódicos de continuidad de la cobertura vencen el primer día del mes. Si realiza un pago periódico en la fecha de vencimiento o antes, su cobertura bajo el Plan continuará para ese periodo de cobertura sin interrupciones. El Plan le enviará avisos periódicos de vencimiento de pago para dichos periodos de cobertura.

Los pagos periódicos de la continuidad de la cobertura deben enviarse al mismo domicilio de su primer pago como se indicó anteriormente.

Periodos de gracia para los pagos periódicos

A pesar de que los pagos periódicos vencen en las fechas anteriormente mencionadas, usted tendrá un periodo de gracia de 30 días para realizar cada pago periódico. La continuidad de su cobertura se proporcionará para cada periodo de cobertura siempre que el pago para dicho periodo se realice antes de la finalización del periodo de gracia para dicho pago. No obstante, si realiza un pago periódico después de su fecha de vencimiento

pero durante el periodo de gracia, su cobertura bajo el Plan será suspendida a la fecha de vencimiento y luego será restablecida retroactivamente (regresando a la fecha de vencimiento) cuando se realice el pago periódico.

Esto significa que cualquier reclamo que presente por beneficios mientras su cobertura esté suspendida será denegado y tendrá que volver a presentarlo una vez que se restablezca su cobertura.

Si no cumple con un pago periódico antes de la finalización del periodo de gracia para dicho pago, perderá todos los derechos de continuidad de la cobertura bajo el Plan.

¿Puede elegir otra cobertura de salud además de la continuidad de la cobertura?

Bajo el Plan, cuando finalice su cobertura de salud grupal, usted puede tener derecho a inscribirse en un plan de portabilidad (una póliza de seguro de salud individual sin proporcionar comprobante de asegurabilidad) ofrecido por su compañía de seguro de salud. Las personas elegibles puede inscribirse en la cobertura de Portabilidad antes, durante o al finalizar su continuidad de la cobertura de COBRA. Los beneficios proporcionados bajo dicha póliza de conversión individual podrían no ser idénticos a los proporcionados bajo el Plan. Usted es elegible para la cobertura de portabilidad, si es un residente de Oregon al momento de la solicitud y abandona la cobertura que estuvo vigente continuamente por un periodo de 180 días o más bajo uno o más planes de beneficios de salud grupales de Oregon o si cumple con los requerimientos de elegibilidad de la Ley de Portabilidad y Obligación del Seguro de Salud de 1998 (HIPAA). Debe presentar su solicitud directamente en la compañía de seguro de salud antes de los 63 días posteriores a la finalización de su cobertura grupal de la HUBB.

Para más información

Este aviso no describe completamente la continuidad de la cobertura u otros derechos bajo el Plan. Encontrará más información acerca de la continuidad de la cobertura y sus derechos bajo el Plan en su Manual del Afiliado o a través del Administrador del Plan. Puede obtener una copia de Manual del Afiliado de su Plan a través de la HUBB o su compañía de seguro de salud.

Para más información acerca de sus derechos bajo la ley ERISA, incluyendo la ley COBRA, la Ley de Portabilidad del Seguro de Salud (HIPAA) y otras leyes relacionadas con los planes de salud grupales, comuníquese con la Administración de Seguridad para los Beneficios de Empleados (EBSA) del Departamento de Empleo de los EE.UU. en su área o visite el sitio web de la EBSA en www.dol.gov/ebsa.

Mantenga informado a su Plan acerca de los cambios de domicilio

Para proteger los derechos de su familia, debe mantener informado al Administrador del Plan acerca de cualquier cambio en los domicilios de los miembros de la familia. También debe mantener una copia, para sus registros, de cualquier aviso que envíe al Administrador del Plan.

2. Portabilidad individual del seguro médico

(Una alternativa a la ley COBRA)

Si pierde la elegibilidad y cobertura bajo el plan de la HUBB, podría tener derecho a pasarse a uno de los planes de portabilidad individual de la compañía de seguro. La cobertura de beneficios de

los planes de portabilidad es diferente a la cobertura de beneficios de los planes de la HUBB.

Usted es elegible para la cobertura de portabilidad, si es un residente de Oregon al momento de la solicitud y abandona la cobertura que estuvo vigente continuamente por un periodo de 180 días o más bajo uno o más planes de beneficios de salud grupales de Oregon o si cumple con los requerimientos de elegibilidad de la Ley de Portabilidad y Obligación del Seguro de Salud de 1998 (HIPAA). Debe presentar su solicitud directamente en la compañía de seguro de salud antes de los 63 días posteriores a la finalización de su cobertura grupal de la HUBB.

Comuníquese directamente con su compañía de seguro de la HUBB para información y tarifas.

3. Confidencialidad

Homecare Union Benefits Board (HUBB) asume la responsabilidad de proteger la confidencialidad de su información personal seriamente. La HUBB se compromete a proteger su información confidencial.

Al realizar sus operaciones comerciales, la HUBB limitará al mínimo la cantidad de información confidencial que se requiera para llevar a cabo sus operaciones comerciales. Si la HUBB necesita compartir la información confidencial para asistir en sus apelaciones, reclamos o asuntos con las compañías de seguro o proveedores médicos, se le solicitará a usted que autorice a la HUBB a utilizar su información personal.

4. Aviso sobre los Derechos de Salud y Cáncer de la Mujer

Si recibe beneficios relacionados con una mastectomía y usted, previa consulta con el médico que la atiende, elige realizarse una reconstrucción de senos, se proporcionará cobertura para:

- Reconstrucción del seno en el que se practicó la mastectomía;
- Cirugía y reconstrucción del otro seno para producir una apariencia simétrica; y
- Prótesis y tratamiento de complicaciones médicas en todos los estados de la mastectomía, incluyendo edemas linfáticos

Los beneficios de reconstrucción están sujetos a las mismas disposiciones para cualquier otro beneficio bajo el plan.

5. Medicare Parte D—Cobertura para medicamentos con receta

Homecare Union Benefits Board (HUBB) determinó que, efectivo al 1 de abril de 2007, la cobertura para medicamentos con receta ofrecida por Kaiser Permanente y los Planes médicos de ODS, para todos los participantes del plan en general, pague tanto como la cobertura para medicamentos con receta estándar de Medicare. Debido a que la cobertura existente de la HUBB en promedio es tan buena como la cobertura para medicamentos con receta estándar de Medicare, usted puede mantener la cobertura de la HUBB y no pagar extra si más adelante decide inscribirse en la cobertura de Medicare Parte D.

NORMAS DE ELEGIBILIDAD

NORMAS DE ELEGIBILIDAD

Sección 1 – Definiciones

A. Apelación – Una solicitud de revisión de una decisión administrativa, de elegibilidad o reclamo que el miembro considere incorrecta.

B. COBRA – Ley Omnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria de 1986 que exige que los empleadores de 20 o más empleados ofrezcan la continuidad de la cobertura grupal después de la finalización del empleo o reducción de horas. La Ley también establece opciones de continuidad para dependientes que pierdan la elegibilidad debido a determinados “eventos de calificación”.

C. Co-seguro – El costo de un servicio cubierto compartido por el plan y el afiliado, generalmente expresado en porcentajes. Por ejemplo: 80% la compañía de seguro y 20% el afiliado.

D. Pago adicional o copago – Una cantidad fija en dólares como ser \$20 que el afiliado le paga al proveedor médico contra la prestación del servicio.

E. Deducible – Una cantidad en dólares de gastos cubiertos que el afiliado debe pagar antes de que el plan pague.

F. Empleado elegible – Un Trabajador de cuidados domiciliarios de Oregon de tiempo completo, medio tiempo, por horas o residente que está empleado a través de Proveedores Empleados por el Cliente (CEP), Proveedores de Pago al Cónyuge u Oregon Project Independence y es remunerado por el Departamento de Servicios Humanos (DHS) de Oregon. Los trabajadores de cuidados domiciliarios elegibles son aquellos que trabajan 80 horas o más durante dos meses consecutivos y que no están cubiertos por otra cobertura de seguro médico excepto Medicare y Beneficios de Veteranos.

G. Miembros de la familia

1. Si usted está casado, su cónyuge legal es elegible para el seguro. Su pareja doméstica del mismo sexo o del sexo opuesto es elegible para la cobertura si cumple con el criterio de elegibilidad de la Declaración Jurada de Pareja Doméstica o si usted presenta un Certificado de Registro de Pareja Doméstica.

H. Todo menor de 26 años que sea hijo biológico o adoptivo, o que se encuentre en proceso de adopción por parte del empleado elegible, de su cónyuge o de su pareja doméstica, que no esté cubierto por ningún otro seguro médico ni odontológico, y que no cuente con otro seguro odontológico o médico disponible patrocinado por el empleador.

I. FHIAP – El Programa de Asistencia de Seguro Familiar del Estado de Oregon ayuda a pagar el seguro de salud. El FHIAP paga entre el 50% y 95% de las primas mensuales del seguro de salud cuando usted califica. El subsidio tiene vigencia por un año y puede volver a solicitarlo cada año.

J. HMO - Organización para el Mantenimiento de la Salud – Un tipo de plan de salud en el cual los afiliados deben recibir toda la atención a través de los proveedores

de la red, generalmente bajo el cuidado de un médico de atención primaria.

K. HUBB – Homecare Union Benefits Board, LLC – El administrador del programa de seguro de salud para los Trabajadores de cuidados domiciliarios de Oregon.

L. Beneficio máximo – La cantidad total pagada por el plan por los gastos cubiertos. Por ejemplo, el beneficio máximo de por vida para atención médica en el Plan médico de ODS es de \$2 millones.

M. Prima mensual – La cantidad de dinero que se paga cada mes a la compañía de seguro para cubrir el costo de los beneficios del seguro de salud.

N. Desembolso máximo – La cantidad anual que un afiliado debe pagar por deducibles y co-seguro antes de que el plan cubra el resto de los gastos elegibles al 100% durante el resto del año calendario.

O. Portabilidad del seguro médico – Cobertura médica continua disponible a través de la compañía de seguro médico actual del empleado después de la finalización de la cobertura de la HUBB.

P. Autorización previa – Un requerimiento del plan por el cual el plan aprueba un servicio cubierto antes de la fecha del servicio.

Q. Condición preexistente – Una condición física o mental diagnosticada y por la cual usted recibió recomendación o tratamiento médico durante el periodo de seis meses inmediatamente anterior a su fecha de inscripción. Una condición se diagnostica cuando el médico le informa a la persona que padece dicha condición o realiza un registro a esos efectos en los antecedentes médicos de la persona. Esto se aplica aun cuando el médico esté examinando o tratando a la persona por una condición diferente.

R. Proveedor de Atención Primaria – Un médico que participa en la red del plan de proveedores a quien usted elige como responsable para su atención médica continua. Su PCP debe aprobar sus tratamientos, servicios y derivaciones a otros especialistas participantes para los beneficios que pagará el plan.

S. Cambio en las condiciones de calificación

1. Cuando usted se casa o establece una pareja doméstica por medio de una Declaración Jurada o Certificado de Registro de Pareja Doméstica.

2. Cuando su cónyuge o pareja doméstica fallece; o usted se divorcia o disuelve su pareja doméstica.

3. Cuando nace su hijo biológico, usted adopta un hijo o un hijo es colocado en adopción con usted.

4. Cuando un hijo dependiente fallece.

5. Cuando un hijo pasa a ser elegible como dependiente para la cobertura bajo su plan de beneficios.

6. Cuando un hijo deja de ser elegible como dependiente para la cobertura bajo su plan de beneficios.

7. Cuando su condición de empleo cambia.

8. Cuando la condición de empleo de su cónyuge o pareja doméstica cambia.

9. Cuando el costo de su cobertura de beneficios cambia.

10. Cuando usted, su cónyuge o pareja doméstica o hijo dependiente pierden otra cobertura de beneficios.
11. Cuando usted, su cónyuge o pareja doméstica recibe un Fallo de Manutención Médica de Hijos Nacional.
12. Cuando usted, su cónyuge o pareja doméstica se mudan fuera del área de servicio de plan.
13. Cuando usted o su familia tiene la aprobación de un subsidio para la prima o pierde su subsidio para la prima del FHIAP.
14. Cuando usted o un miembro de la familia es elegible para asistencia o pierde la elegibilidad para la cobertura bajo Medicaid o el Programa de Seguro de Salud para Niños (CHIP).
- T. Periodo de calificación – Cuando haya trabajado 80 horas o más durante dos meses consecutivos, usted debe cumplir con el periodo de espera de un mes antes de que la cobertura entre en efecto. Los primeros dos meses de 80 horas o más además del periodo de espera se denominan “periodo de calificación”.
- U. Contribución estatal – La cantidad de dinero que paga el Estado de Oregon por los trabajadores de cuidados domiciliarios para la adquisición de seguro médico proporcionado a través de la HUBB.
- V. Subsidio – Un beneficio proporcionado por el FHIAP para contribuir a sufragar el costo del seguro de salud. Por lo general, un porcentaje del costo real de la prima mensual.
- W. Oregon Prescription Drug Pool (OPDP) – Un programa del estado que adquiere medicamentos con receta a costos con descuento. En 2007, la Legislatura de Oregon aprobó el proyecto de ley 362 del senado que posibilitó que este programa esté disponible para grupos como la HUBB. Los trabajadores de cuidados domiciliarios en el Plan médico de ODS recibirán el beneficio de medicamentos con receta a precios con descuento a través del programa.

Sección 2 - Requerimientos de elegibilidad

A. Trabajadores de cuidados domiciliarios

Los empleados elegibles para cobertura de seguro bajo el Programa de seguro para trabajadores de cuidados domiciliarios son trabajadores de cuidados domiciliarios con financiamiento público de tiempo completo, medio tiempo, por horas o residentes empleados a través del empleador, que son Proveedores Empleados por el Cliente (CEP), Proveedores de Pago al Cónyuge y proveedores del Programa Oregon Project Independence (OPI), y remunerados por el Departamento de Servicios Humanos (DHS) u otras agencias públicas que reciben dinero del DHS. Todos los demás trabajadores de cuidados domiciliarios, incluyendo aquellos empleados por otros empleadores y supervisores, están excluidos.

Los empleados son elegibles para cobertura de seguro médico de cuidados domiciliarios cuando trabajan 80 horas o más por mes durante dos meses consecutivos. Cuando un empleado califica para seguro médico, también es elegible para seguro odontológico. Los empleados que cumplan con la elegibilidad inicial de dos meses deben cumplir con un periodo de espera de un mes para que la cobertura sea efectiva. Los dos meses consecutivos de 80 horas además del periodo de espera se denomina “periodo de calificación”. Los empleados son responsables de completar un formulario

de inscripción y presentar el formulario al administrador del plan, Homecare Union Benefits Board (HUBB).

B. Miembros de la familia

Los miembros de la familia de los trabajadores de cuidados domiciliarios son elegibles para seguro bajo el Programa de seguro de trabajadores de cuidados domiciliarios de la siguiente manera:

1. Un cónyuge o pareja doméstica legal del mismo sexo o del sexo opuesto es elegible para la cobertura si cumple con el criterio de elegibilidad de la Declaración Jurada de Pareja Doméstica establecido por la compañía de seguro o si presenta un Certificado de Registro de Pareja Doméstica.
2. Todo menor de 26 años que sea hijo biológico o adoptivo, o que se encuentre en proceso de adopción por parte del empleado elegible, de su cónyuge o de su pareja doméstica, que no esté cubierto por ningún otro seguro médico ni odontológico, y que no cuente con otro seguro odontológico o médico disponible patrocinado por el empleador.

Sección 3 - Inscripción y fechas efectivas

A. Opciones de inscripción

Los empleados elegibles que residan en las áreas de servicio aprobadas de Kaiser Permanente se inscribirán en el Plan médico de Kaiser Permanente. Los empleados inscritos en el Plan médico de Kaiser Permanente pueden elegir inscribirse en el Plan odontológico de Kaiser Permanente o el Plan odontológico de ODS.

Los empleados elegibles que residan fuera de las áreas de servicio aprobadas de Kaiser Permanente se inscribirán en el Plan médico de ODS. Los empleados inscritos en el Plan médico de ODS se inscribirán en el Plan odontológico de ODS.

Los empleados inscritos en otra cobertura de seguro de salud u odontológica, excepto Medicare y beneficios de Veteranos, no son elegibles para la inscripción. Los empleados deberán declarar en el formulario de inscripción que no están inscritos en otra cobertura médica o dental.

B. Procedimientos de inscripción y fechas efectivas

1. Inscripción de nuevo empleado elegible
Los nuevos empleados elegibles recibirán un paquete de inscripción de Homecare Union Benefits Board cuando hayan trabajado 80 horas o más en un mes.

Los nuevos empleados elegibles pueden inscribirse durante el periodo de calificación completando el formulario de inscripción médica y odontológica según su área de residencia.

Una vez recibido el formulario de inscripción y fechado en la HUBB durante el periodo de calificación, la cobertura será efectiva el primer día del mes después de dos meses consecutivos de 80 horas o más además del periodo de espera.

2. Inscripción del empleado actual
Los empleados que califiquen para cobertura pueden inscribirse completando los formularios médico y odontológico para la cobertura según su área de residencia.

Una vez recibido el formulario de inscripción y fechado en la HUBB durante el periodo de calificación, la cobertura será efectiva el primer día del mes después de dos meses consecutivos de 80 horas o más además del periodo de espera.

Los empleados que presenten los formularios de inscripción médico y odontológico después del periodo de calificación recibirán cobertura el primer día del mes después de la recepción de los formularios (fechados en la HUBB) si el empleado continúa cumpliendo con los requisitos de elegibilidad.

3. Inscripción de miembros de la familia

Los empleados pueden inscribir a los miembros de su familia para la cobertura médica y odontológica de la siguiente manera:

- a) Al momento de la inscripción inicial del empleado;
- b) Al momento en que el empleado vuelva a calificar para la cobertura;
- c) Como resultado de un cambio en las condiciones;
- d) Durante el período de inscripción abierta;
- e) Los miembros de la familia deben estar inscritos en el plan médico para ser elegibles para inscribirse en el plan odontológico;
- f) Los miembros de la familia no podrán participar a menos que el trabajador de cuidados domiciliarios esté inscrito en los planes de la HUBB;
- g) Los miembros de la familia no pueden ser pacientes (clientes) del trabajador de cuidados domiciliarios.

4. Volver a inscribirse en la cobertura

Los trabajadores de cuidados domiciliarios que pierdan la cobertura de la HUBB y que más adelante trabajen las horas suficientes para calificar para el seguro de la HUBB nuevamente, pueden inscribirse para el seguro.

Los empleados que regresen a su condición de elegibles para beneficios después de un periodo de no elegibilidad y pérdida de la cobertura deben trabajar 80 horas o más durante dos meses consecutivos y cumplir con el periodo de espera de un mes para calificar para volver a inscribirse en la cobertura.

Los empleados que regresen a la condición de calificados después de una suspensión de la cobertura deben completar un nuevo formulario de inscripción y presentarlo a la HUBB durante el periodo de calificación. Una vez recibido el formulario de inscripción y fechado en la HUBB durante el periodo de calificación, la cobertura será efectiva el primer día del mes después de dos meses consecutivos de 80 horas o más además del periodo de espera.

Los empleados que presenten un formulario de inscripción después del periodo de calificación recibirán cobertura el primer día del mes después de la recepción del formulario (fechado en la HUBB) si el empleado continúa cumpliendo con los requisitos de elegibilidad.

Los empleados elegibles recibirán crédito por deducibles incurridos dentro del año calendario antes de haber perdido la cobertura.

Sección 4 – Cambios en la inscripción

A. Cambios en las condiciones

1. Los empleados pueden realizar cambios en su inscripción si la solicitud de cambios en la inscripción es conforme a, y como resultado de, un cambio calificado en las condiciones según se describe a continuación. Un cambio en la inscripción debe ser conforme a un cambio en las condiciones si dicho cambio causa que el empleado, cónyuge, pareja doméstica o hijo dependiente obtenga o pierda la elegibilidad para la cobertura bajo el plan o un plan del empleador del cónyuge, pareja doméstica o hijo dependiente. El cambio en la inscripción debe corresponder a la obtención o pérdida de la cobertura. Una persona que pasa a ser elegible o no elegible para un plan en particular (debido a mudanza fuera del área de servicio) es tratada como que obtiene o pierde la cobertura bajo el plan.

Las solicitudes de cambios en la inscripción deben ser recibidas y fechadas en la HUBB dentro de los 60 días del cambio en las condiciones para que tengan validez. Una vez recibido el formulario de inscripción y fechado en la HUBB durante el periodo de inscripción de 60 días para el cambio en las condiciones, la cobertura será efectiva el primer día del mes siguiente siempre que el empleado continúe cumpliendo con los requisitos de elegibilidad.

En caso de un hijo recién nacido, la cobertura será efectiva retroactiva a la fecha de nacimiento siempre que el formulario de inscripción sea recibido y fechado en la HUBB durante los 60 días del periodo de inscripción para el cambio en las condiciones.

Los cambios en las condiciones de calificación incluyen que:

- Usted se case o establezca una pareja doméstica por medio de una declaración jurada o Certificado de Registro de Pareja Doméstica.
- Su cónyuge o pareja doméstica fallezca; o usted se divorcie o disuelva la pareja doméstica.
- Nazca su hijo biológico; usted adopte un hijo o un hijo sea colocado en adopción con usted.
- Un hijo dependiente fallezca.
- Un hijo pase a ser elegible como dependiente para la cobertura bajo su plan de beneficios.
- Un hijo deje de ser elegible como dependiente para la cobertura bajo su plan de beneficios.
- Su condición de empleo cambie.
- La condición de empleo de su cónyuge o pareja doméstica cambie.
- El costo de su cobertura de beneficios cambie.
- Usted, su cónyuge o pareja doméstica o hijo dependiente pierdan los beneficios de otra cobertura.
- Usted, su cónyuge o pareja doméstica reciban un Fallo de Manutención Médica de Hijos Nacional.
- Usted, su cónyuge o pareja doméstica se mude fuera del área de servicio de plan.
- Se apruebe o deniegue un subsidio para la prima del FHIAP para el miembro de su familia o que la cantidad de su subsidio para la prima del FHIAP cambie.
- Usted o un miembro de su familia sea elegible para asistencia o pierda la elegibilidad de Medicaid o el Programa Estatal de Seguro de Salud para Niños (CHIP).

2. Mudanza fuera del área de servicio

Si un empleado se muda fuera del área de servicio del plan médico y/u odontológico en donde se encuentra inscrito y deja de ser elegible para participar en dicho plan, deberá volver a inscribirse en el plan disponible en la nueva área.

3. Cobertura bajo otro plan – Pérdida de la cobertura

Los empleados no inscritos en el plan de seguro debido a que están cubiertos por otro plan, que posteriormente pierdan dicha cobertura, pueden solicitar la inscripción en el Programa de Seguro para Cuidados Domiciliarios. Para establecer la elegibilidad después de la pérdida de la otra cobertura, la HUBB evaluará la elegibilidad en base a una revisión de las horas trabajadas informadas en los meses anteriores. El empleado recibirá crédito por las horas trabajadas durante el periodo de dos meses más reciente y el periodo de espera. Si se puede establecer la elegibilidad, la cobertura del empleado será efectiva el primer día del mes después de la pérdida de la cobertura anterior. Si no se establece la cobertura en base a la revisión de los meses más recientes, el empleado tendrá una brecha en la cobertura hasta que se establezca la elegibilidad.

4. Pérdida de la elegibilidad

a) Los empleados cuyas horas trabajadas sean menos de 80 horas durante dos meses consecutivos perderán la elegibilidad. La cobertura finaliza un mes después de que sus horas de trabajo se reduzcan a menos de 80 horas durante dos meses consecutivos. Una vez inscritos en el programa, los empleados que pierdan la elegibilidad pueden continuar con la cobertura a través del programa de Continuación de la Cobertura de la ley COBRA pagando la prima mensual por su cuenta.

b) Los miembros de la familia pierden la elegibilidad cuando dejan de cumplir con la definición de miembro de la familia o cuando el empleado pierde la elegibilidad debido a una reducción en las horas de trabajo. Una vez inscritos en el programa, los miembros de la familia que pierdan la elegibilidad debido a un "evento de calificación según la ley COBRA" pueden continuar con la cobertura a través del programa de Continuación de la Cobertura de la ley COBRA pagando la prima mensual por su cuenta.

Sección 5 – Derechos y responsabilidades

A. Responsabilidad del empleado

Es la responsabilidad del empleado elegible mantener vigente la inscripción.

B. Rechazar el seguro

Los empleados pueden rechazar los beneficios renunciando a su derecho de contribución e inscripción del empleador en el plan de seguro. Los empleados que deseen rechazar la cobertura pueden hacerlo no presentando un formulario de inscripción.

Si un empleado rechaza la cobertura cuando es elegible para inscribirse, y más adelante solicita la inscripción, el empleado deberá cumplir con los requisitos de elegibilidad y presentar

un formulario de inscripción completo. Una vez recibido el formulario de inscripción y fechado en la HUBB durante el periodo de calificación, la cobertura será efectiva el primer día del mes después de dos meses consecutivos de 80 horas o más además del periodo de espera.

C. Errores y cambios en la inscripción

El administrador revisará las solicitudes del empleado para realizar cambios o corregir errores de inscripción. El empleado debe demostrar que ocurrió un error o que es necesario realizar un cambio. Si se proporciona suficiente evidencia para que el administrador tome una decisión y éste aprueba la inscripción, la misma será efectiva el primer día del mes después de la recepción (fecha en la HUBB) y aprobación de la solicitud.

Sección 6 - Continuación del seguro

A. Ley COBRA

Los empleados y miembros de la familia que pierdan la elegibilidad para la cobertura de seguro debido a una reducción en las horas de trabajo o la finalización del empleo tienen derecho a continuar con su cobertura grupal después de la fecha de vencimiento de la cobertura bajo los requisitos de los procedimientos de Continuación de la Cobertura Grupal según la ley COBRA.

1. Empleados

Bajo las leyes federales, los empleados calificados pueden elegir continuar con la misma cobertura que tenían antes de perder la elegibilidad debido a una reducción de las horas de empleo o finalización del empleo, completando los formularios correspondientes y pagando la prima del seguro por su cuenta. Las leyes federales determinan la duración de la continuidad de la cobertura.

2. Miembros de la familia

Los miembros de la familia que pierdan la elegibilidad para la cobertura de seguro debido a un evento de calificación del empleado, tienen derecho a continuar con su cobertura grupal de la siguiente manera:

a) Cónyuge o pareja doméstica – los cónyuges y las parejas domésticas tienen derechos independientes de elegir la cobertura según la ley COBRA ante:

(1) La finalización del empleo o reducción de horas del empleado cubierto

(2) El fallecimiento de un empleado cubierto

(3) El divorcio de un cónyuge

(4) La finalización de la sociedad doméstica con el empleado cubierto por parte de la pareja doméstica

b) Hijos dependientes – un hijo dependiente que pierde la cobertura puede elegir la cobertura según la ley COBRA si ocurre uno de los siguientes eventos de calificación:

(1) La finalización del empleo o reducción de horas de empleo del empleado cubierto;

(2) El empleado cubierto se divorcia de su cónyuge;

(3) La finalización de la sociedad doméstica por parte de un empleado cubierto;

(4) El fallecimiento de un empleado cubierto;

(5) La inscripción en beneficios de Medicare y finalización de la cobertura activa del empleado cubierto;

(6) El hijo deja de cumplir con la definición de hijo dependiente.

3. Los empleados y miembros de la familia que pierdan la elegibilidad para el seguro para cuidados domiciliarios recibirán por parte de la HUBB un Aviso de Continuación de la Cobertura Grupal según la ley COBRA.

4. Las personas que elijan continuar con la cobertura del seguro bajo la ley COBRA están sujetas a las mismas disposiciones que los miembros activos grupales.

B. Portabilidad

Los empleados y miembros de la familia que pierdan la cobertura de seguro también tienen la oportunidad de continuar con la cobertura de seguro a través de la portabilidad. Las personas elegibles inscritas en el plan médico para trabajadores de cuidados domiciliarios pueden continuar con la cobertura bajo las disposiciones de portabilidad de la compañía de seguro antes, durante o al finalizar el periodo durante el cual se proporcionó cobertura de seguro bajo la ley COBRA si:

1. Estuvieron cubiertos continuamente durante 180 días o más bajo un plan ofrecido a través del Programa de Seguro para Cuidados Domiciliarios o cumplen con los requisitos de elegibilidad de la Ley de Portabilidad y Obligación del Seguro de Salud de 1998 conforme ORS 743.760(1)(b)(ii);
2. No están cubiertos por otra cobertura médica grupal, Medicare o TriCare;
3. Se inscriben para la cobertura de portabilidad dentro de los 63 días de la finalización de la cobertura médica grupal.

Las personas elegibles que pierdan la cobertura bajo el Programa de Seguro para Cuidados Domiciliarios recibirán un aviso de finalización de la cobertura y elegibilidad para la cobertura de portabilidad de la compañía de seguro.

Sección 7 - Procedimientos de reclamos y quejas

A. Procedimiento de apelación por asuntos administrativos o de elegibilidad

Los afiliados de la HUBB tienen el derecho de apelar un asunto administrativo o de elegibilidad que consideren incorrecto o injusto. El siguiente procedimiento describe cómo solicitar a la HUBB que revise su reclamo.

El especialista en seguros de la HUBB revisará su apelación a una denegación incorrecta o injusta de la HUBB. Las solicitudes de revisión pueden ser enviadas por correo electrónico, telefónicamente o por escrito a la oficina de la HUBB. El especialista en seguros revisará la solicitud y realizará todos los esfuerzos posibles por resolverla dentro de los 30 días.

B. Procedimiento de apelación por asuntos relacionados con la cobertura del contrato de seguro

Los afiliados de la HUBB pueden apelar la denegación de un reclamo por parte de la compañía de seguro. Comuníquese con el departamento del servicio de atención al cliente

de la compañía de seguro para una explicación acerca de la denegación del reclamo. Los afiliados de la HUBB que no estén satisfechos con la explicación pueden solicitar mayor revisión siguiendo el procedimiento de apelación de la compañía de seguro descrito en el manual del plan. El representante de atención al cliente de la compañía de seguro puede proporcionarle información acerca de este proceso. Un especialista en seguros de la HUBB también puede proporcionarle asistencia con el procedimiento de apelación de la compañía. La HUBB puede verificar si la compañía de seguro está actuando dentro del alcance de su contrato. La HUBB puede solicitarle autorización para divulgar información confidencial debido a que la compañía de seguro así lo requiere.

¿Tiene preguntas acerca de las normas?

Contacto: HUBB

1.866.364.HUBB (4822) número gratuito

De lunes a viernes de 8 a.m. a 5 p.m.

sitio web: www.hubbinsurance.org

correo electrónico: HUBB@opeuseiu.org

¿Está listo para dejar de fumar?

Puede obtener ayuda de manera gratuita, independientemente de que cuente con un seguro de salud. Llame a la línea para dejar de fumar de Oregon (Oregon Quit Line) para averiguar cómo hacerlo. Puede resultar elegible para recibir parches o gomas de mascar de manera gratuita.

La línea para dejar de fumar de Oregon es gratuita para todos los residentes de Oregon y se encuentra disponible en Internet o por teléfono.

Consulte con un asesor personal que comprenda lo difícil que es dejar de fumar y que tenga experiencia en ayudar a otras personas a lograrlo. Si se suscribe a la línea para dejar de fumar de Oregon, puede conseguir que le envíen parches o gomas de mascar para dos semanas directamente a su domicilio de manera gratuita.

LLAME AL:

1-800-QUIT-NOW (1-800-784-8669)

Español: 1-877-2NO-FUME (1-877-266-3863)

O REGÍSTRESE POR INTERNET EN:

www.quitnow.net/oregon/

¡USTED PUEDE DEJAR DE FUMAR!



Directorio de servicios



www.hubbinsurance.org

Los especialistas en beneficios de la HUBB están disponibles telefónicamente de lunes a viernes de 8 a.m. a 5 p.m. No dude en llamarlos si tiene preguntas acerca del Programa de seguro de la HUBB.

Ubicación

1730 Commercial St SE

Horas de atención

8:00 a.m. a 5:00 p.m.
Lunes a viernes

Domicilio postal

PO Box 12159
Salem, OR 97309-0159

Teléfono

(503) 364-HUBB (4822)
Número gratuito: (866) 364-4822
Fax: (503) 581-1664

Correo electrónico

HUBB@opeuseiu.org



www.seiu503.org

PO Box 12159
1730 Commercial St. SE
Salem, OR 97309-0159
(503) 581-1505
(800) 452-2146



KAISER PERMANENTE®

www.kaiserpermanente.org

500 NE Multnomah St
Suite 100
Portland, OR 97232

Servicio para clientes del plan médico

(503) 813-2000
(800) 813-2000

Servicio para clientes del plan odontológico

(503) 813-2000
(800) 813-2000

TTY

(800)735-2900

Servicios de interpretación de idiomas

(800) 324-8010



www.odskompanies.com

The ODS Companies
PO Box 40384
Portland, OR 97240

601 SW Second Ave
Portland, OR 97204

Servicio para clientes del beneficio de medicamentos de farmacia de ODS

1-800-913-4284

1-800-433-6313 (TDD)

Servicio para clientes del plan médico

(503) 265-2964
(888) 217-2363

Servicio para clientes del plan odontológico

(503) 265-2965
(888) 217-2365

TDD/TTY

(800) 433-6313 (para personas con impedimentos auditivos o del habla)

Servicios de interpretación de idiomas

disponibles a través del servicio de atención al cliente o TTY