

2023



**Child Care Providers United
Fondo de Atención Médica para
Trabajadores de California
Guía de beneficios**

¡Hola!

Nos complace presentar esta guía que describe los beneficios del Fondo de Atención Médica para Trabajadores de Child Care Providers United California (“Fondo de Atención Médica de CCPU”) disponibles para los proveedores de cuidado infantil elegibles.

Los beneficios descritos en esta guía son efectivos a partir del **1 de enero de 2023**.

Tabla de contenidos

Introducción.....	3
Elegibilidad.....	4
Beneficios del Fondo	7
Acceso a los beneficios del Fondo.....	11
Definiciones.....	13
Información importante del Fondo.....	15
Socios de inscripción de atención médica	19

¿Preguntas?

Visite el sitio web de CCPU en ccpuhealth.org para obtener información adicional y ver preguntas frecuentes.

La Oficina del Fondo también puede ayudarlo con preguntas sobre reembolsos, elegibilidad, etc.

Llame al **(833) 714-6028** o envíe un correo electrónico a support@ccpuhealth.org.

Si no está inscrito en un plan médico calificado, comuníquese con la Oficina del Fondo para obtener ayuda para inscribirse en un plan. Visite ccpuhealth.org/help-enrolling para obtener más información.

Está disponible asistencia lingüística para hablantes de árabe, chino y español.

Sinceramente

Junta de Fideicomisarios

Introducción

En 2022, Child Care Providers United (“CCPU”) ganó \$100 millones anuales del Estado de California para ayudar a los proveedores de cuidado infantil elegibles como usted a reducir o eliminar sus costos de atención médica. Estos beneficios están disponibles para proveedores de cuidado infantil sindicalizados y no sindicalizados en todo California.

¿Quién proporciona este beneficio?

Estos beneficios serán proporcionados por el Fondo de Atención Médica de CCPU, un fideicomiso de atención médica gobernado por una Junta de Fideicomisarios designada por CCPU y con representantes de SEIU Local 521, SEIU Local 99 y United Domestic Workers/AFSCME Local 3930.

Lanzamos el Fondo de Atención Médica de CCPU a principios de 2023. Si usted es elegible, se le podrían reembolsar los costos de los servicios de atención médica que reciba a partir del 1 de enero de 2023.

¿Para qué sirve esto?

El Fondo de Atención Médica de CCPU trabaja **junto** con el seguro de salud que ya tiene (o en el que se inscribe) y le reembolsa sus costos de bolsillo, como copagos de visitas al médico, copagos de medicamentos recetados y las primas mensuales que paga por el seguro de salud.

El Fondo **no reemplaza** su seguro médico. De hecho, para ser elegible para los beneficios del Fondo, debe estar inscrito en un plan de seguro de salud calificado. Los beneficios del Fondo solo se pueden usar para reembolsar sus propios gastos; no se le pueden reembolsar los gastos de los miembros de su familia.

Elegibilidad

Comprobación rápida: ¿Es elegible para los beneficios del Fondo?

Si dice “sí” a los tres, es probable que sea elegible para los beneficios del Fondo de Atención Médica de CCPU.

- ✓ **Usted trabaja con un niño subsidiado.** Un niño subsidiado es aquel cuya familia recibe subsidios estatales de cuidado infantil por los servicios de cuidado infantil que usted proporciona. Su elegibilidad se determina en función de **cuándo** trabaja con un niño subsidiado.
- ✓ **Usted está inscrito en un plan de seguro de salud “calificado”.** El seguro de salud que tiene debe considerarse “calificado”; consulte la página 5 para obtener más detalles. Si no tiene seguro, el Fondo puede ayudarlo a inscribirse en un plan de seguro de salud calificado. Para ser elegible para los beneficios del Fondo, debe permanecer inscrito en el plan de seguro de salud calificado.
- ✓ **Debe inscribirse en el Fondo de Atención Médica de CCPU.** Los beneficios no son automáticos. Debe solicitar el programa. ¡La ayuda para aplicar está disponible en cada paso del camino!

Detalles de elegibilidad

Echemos un vistazo más de cerca a los tres requisitos resaltados en el cuadro anterior.

1. Debe trabajar con un niño subsidiado.

Para determinar su elegibilidad inicial, el Fondo revisará los seis meses anteriores a la solicitud de beneficios para ver si se le pagó por trabajar con un niño subsidiado durante al menos tres de los seis meses. Si no es elegible en este momento, puede ser elegible más adelante.

Para una fecha inicial de elegibilidad de:	Período de retrospectiva:
1 de enero	Del 1 de abril al 30 de septiembre del año anterior
1 de abril	Del 1 de julio al 31 de diciembre del año anterior
1 de julio	1 de octubre del año anterior hasta el 31 de marzo del año en curso
1 de octubre	Del 1 de enero al 30 de junio del año en curso

Luego, para continuar siendo elegible, debe haber recibido un pago por trabajar con un niño subsidiado en al menos un mes de cada tres meses durante el período de retrospectiva.

Para continuar la elegibilidad de:	Período de retrospectiva:
1 de abril – 30 de junio	Del 1 de octubre al 31 de diciembre del año anterior
1 de julio – 30 de septiembre	Del 1 de enero al 31 de marzo del año en curso
1 de octubre – 31 de diciembre	Del 1 de abril al 30 de junio del año en curso

Ejemplo

Alisa solicita el Fondo de Atención Médica de CCPU en agosto de 2023. La Oficina del Fondo revisa su historial de trabajo para ver si cuidó a un niño subsidiado durante al menos tres meses del período de seis meses desde el 1 de octubre de 2022 hasta el 31 de marzo de 2023. Alisa le da al Fondo sus talones de pago para este período para que cada mes pueda ser revisado por separado para determinar su elegibilidad.

Debido a que cumple con este requisito, es elegible para los beneficios del Fondo a partir del 1 de agosto de 2023. Esto significa que puede recibir un reembolso por los gastos de atención médica cubiertos de bolsillo por los servicios que recibe a partir del 1 de agosto de 2023 (su fecha de elegibilidad). (Ella también debe cumplir con los otros requisitos).

Para mantener la elegibilidad, Alisa debe trabajar con un niño subsidiado al menos un mes de cada período de retrospectiva de tres meses (o trimestres calendario), como se muestra en la segunda tabla de la página 4.

Si necesita ayuda para determinar si es elegible, comuníquese con el Fondo de Atención Médica de CCPU. Llame al (833) 714-6028 o envíe un correo electrónico support@ccpuhealth.org.

2. Debe estar inscrito en un plan de seguro de salud calificado.

Debe estar inscrito en el plan de seguro de salud calificado (consulte la tabla a continuación) que maximice la asistencia federal disponible para usted (si corresponde). Si no está asegurado bajo un plan de seguro de salud calificado, puede ser elegible para el beneficio del Fondo de Atención Médica de CCPU inscribiéndose en uno. (También debe cumplir con los otros requisitos).

La siguiente tabla muestra los planes de seguro de salud calificados que se consideran elegibles.

Planes de seguro de salud calificados	
Si usted es elegible para...	Debe inscribirse en...
Medi-Cal	Medi-Cal
Covered California	Plan HMO de nivel plata en Covered California*
Medicare o Medicare Advantage	Medicare o Medicare Advantage
Medicare y Medi-Cal	Medicare y Medi-Cal
Beneficios de atención médica de la Administración de Veteranos (VA)	Beneficios de atención médica del VA
TRICARE	TRICARE
Plan de seguro de salud patrocinado por el empleador como empleado elegible	El plan de su empleador

Plan de seguro de salud patrocinado por el empleador como dependiente elegible (es decir, el plan del empleador de su cónyuge)	El plan del empleador de su cónyuge O Plan HMO de nivel plata en Covered California*
--	--

* Si no hay planes HMO disponibles en su área, la opción EPO/PPO de menor costo es un plan de seguro de salud calificado.

Visite coveredca.com/get-started para ver qué hay disponible.

Se aplican reglas especiales si aparece más de un proveedor en su registro de pago.

Si no es elegible para ninguno de los planes enumerados en la página anterior, comuníquese con la Oficina del Fondo para obtener ayuda. Si usted es un trabajador indocumentado, llame a la Oficina del Fondo para obtener ayuda.

Ayuda para inscribirse en un plan de seguro de salud calificado

Si no está inscrito en un plan de seguro de salud calificado, el Fondo de Atención Médica de CCPU lo ayudará a inscribirse. Visite ccpuhealth.org para obtener una lista actualizada de socios de inscripción. También hay una lista en la página 18 de organizaciones que pueden proporcionar asistencia para la inscripción.

3. Debe inscribirse en el Fondo de Atención Médica de CCPU.

Para recibir los beneficios del Fondo de Atención Médica de CCPU, debe inscribirse en línea (ccpuhealth.org/recursos) o completar y enviar un formulario de inscripción en papel.

Para completar su solicitud, necesitará la siguiente información:

- Información personal, como su nombre, dirección y fecha de nacimiento
- Información sobre su plan de seguro médico calificado
- Una copia de la prueba de cobertura de su plan de seguro médico (esta documentación debe proporcionar detalles que verifiquen su nombre como titular de la póliza, el nombre de su plan de seguro médico y el período de cobertura)

También debe presentar cualquier documentación requerida a la Oficina del Fondo de Atención Médica de CCPU.

Si usted es un trabajador indocumentado, todavía es elegible para los beneficios del Fondo de Atención Médica de CCPU. Vea la página 10.

Calendario de inscripción

Puede inscribirse después de cumplir con las reglas de elegibilidad en la página 4.

Después de inscribirse

Después de completar con éxito la inscripción en el Fondo, recibirá una tarjeta de débito por correo. Consulte la página 11 para obtener más detalles.

Beneficios del Fondo

Debe estar inscrito en un plan de seguro de salud calificado para recibir beneficios a través del Fondo de Atención Médica de CCPU. El Fondo de Atención Médica de CCPU **no** es un plan de seguro de salud calificado, y los beneficios **no reemplazan** la cobertura de su plan de seguro de salud calificado.

Los beneficios que reciba dependen del plan de seguro de salud calificado en el que esté inscrito. **Por favor tenga en cuenta** que el monto máximo del beneficio anual de hasta \$ 8,750 es el total pagadero por año para gastos de bolsillo. Incluso si cambia de Covered California a un plan del empleador a mitad de año, el monto máximo del beneficio anual es de \$8,750 para ese año para gastos de bolsillo.

IMPORTANTE: “Reembolso de gastos de prima” en la tabla a continuación significa su porción de la prima total del proveedor de cuidado infantil. Si también cubre a su familia bajo su prima, solo su parte del gasto es reembolsable.

Plan de seguro de salud calificado	Importe
Plan HMO de nivel plata ofrecido a través de Covered California	Hasta \$8,750 por año para gastos de bolsillo Reembolso completo de los gastos de primas
Plan de seguro de salud individual equivalente a HMO de nivel plata (si no es elegible para Covered California)	Hasta \$8,750 por año para gastos de bolsillo \$100 por mes para gastos de prima
Plan de seguro de salud grupal patrocinado por el empleador	Hasta \$8,750 por año para gastos de bolsillo \$100 por mes para gastos de prima
Medi-Cal	Hasta \$100 por mes para gastos permitidos de Medi-Cal
Medicare o Medicare Advantage	Hasta \$8,750 por año para gastos de bolsillo Reembolso de la prima para la Parte B, hasta \$164.90 por mes Reembolso de la prima por la Parte D, hasta \$50 por mes
Medi-Cal Dual y Medicare (Medi-Medi)	Hasta \$8,750 por año para gastos de bolsillo Hasta \$100 por mes para gastos permitidos de Medi-Cal
Atención médica de Veterans Affairs (VA)	Hasta \$8,750 por año para gastos de bolsillo
TRICARE Prime, TRICARE Select, TRICARE Reserve Select, TRICARE Retired Reserve	Hasta \$8,750 por año para gastos de bolsillo \$100 por mes para gastos de prima

TRICARE for Life (COB)	Reembolso de primas para la Parte B de Medicare, hasta \$164.90 por mes
-------------------------------	---

Gastos elegibles

Los servicios que no están cubiertos por su plan de seguro de salud calificado no son elegibles para reembolso (excepto para los gastos permitidos de Medi-Cal). Por ejemplo, se excluyen los costos relacionados con un plan dental o de visión separado.

Gastos de bolsillo

Dependiendo de su plan de seguro de salud calificado, el Fondo de Atención Médica de CCPU reembolsa:

Gastos de bolsillo	
Reembolsado por el Fondo de Atención Médica de CCPU	NO reembolsado por el Fondo de Atención Médica de CCPU
Copagos, coseguros y deducibles calificados del plan de seguro de salud	Costos por servicios denegados o no cubiertos por su plan de seguro de salud calificado, incluidos gastos como anteojos, aparatos ortopédicos y medicamentos de venta libre
Copagos, coseguros y deducibles de medicamentos prescritos	

Gastos de primas

El Fondo de Atención Médica de CCPU reembolsa a los proveedores elegibles el costo de un plan de seguro de salud calificado, después de aplicar la cantidad máxima de asistencia federal disponible. Para algunos planes, es la prima completa; para otros planes, es de hasta \$100 por mes. Consulte la tabla de la página 7 para conocer los importes de reembolso de primas.

Información específica del plan de seguro de salud

Dependiendo de su plan de seguro de salud calificado, la forma en que funciona el Fondo de Atención Médica de CCPU puede variar.

Covered California

El plan de seguro de salud calificado bajo Covered California es un **plan HMO Silver en su área** (generalmente el condado de California en el que vive). Si un HMO no está disponible en su área, el Fondo de Atención Médica de CCPU reembolsará el plan EPO o PPO de menor costo en su área.

Por lo general, debe pagar su primera factura de prima directamente al HMO y enviar una copia de la factura a la Oficina del Fondo con el formulario de reembolso del primer pago. Se le reembolsará la parte de la prima aplicable únicamente a su cobertura individual. (Sin embargo, no recibirá un beneficio de reembolso de prima si es elegible para cobertura médica como empleado bajo el plan de seguro de salud calificado de un empleador, pero en su lugar elige inscribirse en un plan de Covered California). El Fondo intentará pagar el primer pago inicial para un proveedor **recién inscrito**, siempre y cuando usted cargue/envíe el estado de cuenta y un formulario de solicitud de reembolso con su solicitud de inscripción.

Después de que se confirme el pago de la prima del primer mes, los meses en curso se cargarán en la tarjeta de débito para que la use.

Planes de seguro de salud patrocinados por el empleador

Como empleado

Si tiene un trabajo que ofrece cobertura de salud, debe estar inscrito en ese plan para recibir cualquier beneficio de este Fondo. No será elegible para los beneficios del Fondo de Atención Médica de CCPU si se inscribe en Covered California.

Como dependiente (cónyuge o hijo)

Es posible que pueda inscribirse en un plan de seguro de salud calificado a través del empleador de otra persona, como su cónyuge o hijo. Si tiene acceso a un plan del empleador como dependiente, puede inscribirse **o bien en** el plan del empleador **o en** un plan calificado de Covered California y recibir los beneficios del Fondo de Atención Médica de CCPU (siempre y cuando cumpla con los otros requisitos de elegibilidad).

Medi-Cal

Si está en Medi-Cal, el Fondo de Atención Médica de CCPU le reembolsará hasta \$100 por mes por los gastos permitidos de Medi-Cal. El beneficio de Medi-Cal es diferente de los otros planes de seguro de salud calificados porque Medi-Cal a menudo paga una cobertura del 100% para primas y gastos.

Los gastos permitidos de Medi-Cal son gastos relacionados con su atención médica pero que no están incluidos en los beneficios de Medi-Cal, tales como:

- Copagos, coseguros o deducibles no cubiertos por Medi-Cal
- Frenillos dentales
- Gafas
- Medicamentos de venta libre
- Dispositivos de terapia de venta libre

El reembolso de los gastos permitidos de Medi-Cal solo está disponible si está en Medi-Cal. No está disponible si está inscrito en uno de los otros planes de seguro de salud calificados.

Medicare y Medicare Advantage

Debe pagar su prima de la Parte B, así como la prima que paga por sus pólizas Medicare Advantage o Medicare Supplement. Luego, debe presentar el comprobante de pago a la Oficina del Fondo con el formulario de reembolso. Deberá presentar un comprobante de pago una vez al año.

Si tiene un gasto médico de bolsillo y recibe una declaración de Explicación de Beneficios (Explanation of Benefits, EOB) de su plan de seguro de salud calificado, envíe una copia de la EOB a la Oficina del Fondo con el formulario de reembolso.

Cobertura dual de Medi-Cal y Medicare (“Medi-Medi”)

Si está inscrito tanto en Medicare como en Medi-Cal, el Fondo de Atención Médica de CCPU le reembolsará hasta \$100 por mes por los gastos permitidos de Medi-Cal, como se describe anteriormente bajo **Medi-Cal**.

Proveedores sin seguro

Si no tiene seguro médico, el Fondo de Atención Médica de CCPU puede referirlo a un especialista en inscripción que puede ayudarlo a encontrar un plan de seguro de salud calificado. Una vez inscrito, recibirá los beneficios que correspondan a su plan.

Trabajadores indocumentados

Si usted **no es elegible para Covered California** debido a su estado de documentación, puede inscribirse en un plan HMO individual. Debe seleccionar un plan equivalente a HMO de nivel Silver (se aplican reglas especiales si no hay HMO disponible en su área).

Una vez inscrito, usted será elegible para el reembolso del plan de seguro de salud calificado:

- Gastos de bolsillo de hasta \$8,750 por año.
- Primas de hasta \$100 por mes.

Póngase en contacto con la Oficina del Fondo para obtener ayuda. **Tenga en cuenta que los trabajadores indocumentados son elegibles para Medi-Cal en 2024.**

Acceso a los beneficios del Fondo

Hay dos formas de acceder a los beneficios del Fondo:

- Use la tarjeta de débito del Fondo de Atención Médica de CCPU cuando tenga un gasto cubierto, o
- Presente una solicitud de reembolso y reciba un cheque o reembolso electrónico.

Debe proporcionar documentación, como un recibo detallado, para demostrar que el reembolso es por un gasto calificado. **La documentación debe presentarse dentro de los 10 días posteriores a la solicitud de la Oficina del Fondo.**

Si no presenta la documentación dentro del plazo de 10 días, sus beneficios serán suspendidos.

Si se suspenden sus beneficios, no podrá usar su tarjeta de débito hasta que proporcione la documentación. El sitio web del Fondo de Atención Médica de CCPU y los materiales de bienvenida tienen más información sobre cómo presentar la documentación.

Cómo solicitar el reembolso

Para un procesamiento más rápido, visite ccpuhealth.org y acceda al portal del Fondo para cargar su solicitud de reembolso. También puede enviar sus reclamos a la Oficina del Fondo de Atención Médica de CCPU, pero es probable que tarde más en procesarse.

En la mayoría de los casos, recibirá una respuesta dentro de los 30 días posteriores a la recepción del reclamo. Si la Oficina del Fondo necesita tiempo adicional, se le enviará una respuesta dentro de los 45 días posteriores a la recepción de su solicitud. Se le notificará si se requiere información adicional. Si no proporciona la información adicional, la Oficina del Fondo decidirá su solicitud basándose en la información que tenga.

Tiene hasta **el 31 de marzo** del año siguiente al año en el que incurre el gasto para solicitar el reembolso.

Por ejemplo, si recibe servicios médicos el 8 de julio de 2023, debe presentar su solicitud de reembolso, junto con los documentos de respaldo requeridos, a la Oficina del Fondo antes del 31 de marzo de 2024.

Si su solicitud de reembolso es denegada

Si su solicitud de reembolso es denegada, recibirá una explicación por escrito que incluirá:

- La razón específica de la denegación.
- Las reglas del Fondo de Atención Médica de CCPU en las que se basó la decisión.
- Cualquier información adicional necesaria para reconsiderar su reclamo, incluida la razón por la que la información es necesaria.
- Los procedimientos de revisión del Fondo de Atención Médica de CCPU y los plazos para esos procedimientos.

Procedimiento de solicitud de revisión

Si su solicitud inicial de reembolso es denegada por la Oficina del Fondo, puede solicitar una revisión por parte de la Junta de Fideicomisarios por escrito dentro de los 60 días posteriores a la recepción de la denegación. Su solicitud debe indicar la razón por la que cree que la decisión debe ser revisada. No está obligado a solicitar que la Junta de Fideicomisarios revise la

denegación. Sin embargo, debe tener una revisión de la Junta antes de tener el derecho de presentar una demanda en la corte.

Puede designar a un representante autorizado para que lo ayude con su solicitud de revisión. Para hacerlo, debe completar un formulario de autorización y enviarlo a la Oficina del Fondo. Está disponible un formulario de autorización en línea en ccpuhealth.org.

La denegación se revisará dentro de los 60 días posteriores a la recepción de la solicitud de revisión. Si se requiere una extensión de tiempo para la revisión, recibirá una decisión a más tardar 120 días después de recibir su solicitud. Se le notificará por correo si se requiere una extensión. La Junta de Fideicomisarios le enviará un aviso de la decisión de revisión dentro de los 10 días posteriores a la decisión.

Usted o su representante autorizado pueden, previa solicitud y de forma gratuita, tener acceso razonable a todos los documentos relevantes para la solicitud de reembolso y la solicitud de revisión. Los documentos relevantes incluyen la información en la que se basó, presentó, consideró o generó para hacer la determinación del beneficio.

Si su solicitud es denegada, recibirá un aviso por escrito que incluye información para identificar la solicitud de reembolso, el motivo de la denegación y las reglas del Fondo de Atención Médica de CCPU en las que se basó la decisión.

Si desea presentar una demanda con respecto a la denegación de la Junta de Fideicomisarios, debe hacerlo dentro de los dos años posteriores a la fecha en que los Fideicomisarios rechazaron su solicitud de revisión.

Definiciones

Para comprender los beneficios del Fondo de Atención Médica de CCPU, aquí hay algunos términos útiles para que usted sepa.

- **Coseguro:** Una cantidad (generalmente un porcentaje del costo total) que usted debe pagar por un servicio de atención médica. La cantidad puede variar según el tipo de servicio. Sus costos de coseguro son elegibles para ser reembolsados por los beneficios del Fondo de Atención Médica de CCPU.
- **Copagos (copagos):** Una cantidad fija (por ejemplo, \$15) que usted paga por un servicio de atención médica cubierto, generalmente cuando recibe el servicio. La cantidad puede variar según el tipo de servicio. Los copagos son elegibles para ser reembolsados por el Fondo de Atención Médica de CCPU.
- **Deducible:** La cantidad que debe pagar (“cumplir”) por los servicios de atención médica cubiertos antes de que su plan de seguro de salud calificado comience a pagar. Por ejemplo, si su deducible es de \$1,000, su plan de seguro de salud calificado no pagará nada hasta que haya cumplido (“pagado”) su deducible de \$1,000 por servicios de atención médica cubiertos. Es posible que el deducible no se aplique a todos los servicios. Su deducible anual es elegible para ser reembolsado por el Fondo de Atención Médica de CCPU.
- **Proveedor elegible:** Un proveedor de cuidado infantil que:
 - Está siendo pagado por el Estado de California por trabajar con un niño subsidiado durante el período de elegibilidad (consulte la información de elegibilidad en la página 4);
 - Está inscrito en el plan de seguro de salud calificado según sus circunstancias;
 - Se inscribe en el Fondo de Atención Médica de CCPU completando una solicitud.
- **Gastos permitidos de Medi-Cal:** Gastos relacionados con la atención médica que no están incluidos en los beneficios de Medi-Cal, como frenillos dentales, gafas, medicamentos de venta libre y dispositivos de terapia de venta libre. Los copagos, el coseguro y los montos deducibles no cubiertos por Medi-Cal también se consideran gastos permitidos por Medi-Cal.
- **Plan de salud calificado:** Esta es la fuente de su cobertura de salud que paga algunos o todos sus costos de atención médica a cambio del pago de una prima; puede ser Medi-Cal, Medicare, Covered California, un plan de seguro de salud grupal del empleador o una póliza individual (en algunos casos). **El Fondo de Atención Médica de CCPU no es un plan de seguro de salud calificado.** Consulte la página 7 para obtener una descripción de los diversos tipos de planes de seguro de salud calificados.
- **Gastos de bolsillo:** Los gastos que usted debe pagar como su parte de los costos de los gastos cubiertos por su plan de seguro de salud calificado. Esto incluye copagos, coseguros y deducibles.

- **Máximo de gastos de bolsillo:** La cantidad máxima que tendrá que pagar por los servicios cubiertos en un año del plan. Después de alcanzar el máximo de gastos de bolsillo, su plan de seguro de salud calificado paga el 100% del costo de los servicios cubiertos por el resto del año del plan.
El máximo de gastos de bolsillo no incluye su prima, montos que excedan el cargo cubierto para proveedores fuera de la red (también llamados “cargos facturados por saldo”) o atención médica que su plan de seguro de salud calificado no cubre.
- **Gasto de prima:** La cantidad que debe pagar por su plan de seguro de salud calificado. Por lo general, lo paga mensualmente.
- **Gastos reembolsables o gastos elegibles:** Los gastos que el Fondo de Atención Médica de CCPU le reembolsará. Los gastos reembolsables para cada plan de seguro de salud calificado se describen a partir de la página 8. Los gastos que no están cubiertos por su plan de seguro de salud calificado nunca son gastos reembolsables (excepto los gastos permitidos de Medi-Cal).

Información importante del fondo

Autoridad de la Junta de Fideicomisarios

Los Fideicomisarios tienen autoridad plena y exclusiva, a su discreción, para interpretar, analizar y aplicar las reglas del Fondo de Atención Médica de CCPU, el acuerdo de fideicomiso y todas las políticas, procedimientos, acciones y resoluciones adoptadas al administrar u operar el Fondo de Atención Médica de CCPU, y para tomar determinaciones fácticas con respecto a la construcción, interpretación y aplicación de cualquier regla del Fondo de Atención Médica de CCPU. Tienen la autoridad para remediar posibles ambigüedades, inconsistencias u omisiones y para decidir todas las preguntas sobre las reglas del Fondo de Atención Médica de CCPU. Las decisiones de los fideicomisarios son definitivas y vinculantes.

Solo la Junta de Fideicomisarios está autorizada para interpretar los beneficios descritos en esta guía.

Ningún empleador o sindicato local, o representante de cualquier empleador o sindicato local, está autorizado a actuar como agente de la Junta de Fideicomisarios.

La Junta de Fideicomisarios tiene el derecho y la autoridad discrecional para enmendar las reglas del Fondo de Atención Médica de CCPU y esta guía en cualquier momento.

Coordinación de beneficios

Para ser elegible para participar en el Fondo de Atención Médica de CCPU, debe inscribirse en un plan de seguro de salud calificado.

También puede tener otra cobertura de salud además de su plan de seguro de salud calificado, como a través del empleador de su cónyuge. Su cobertura bajo el otro plan se toma en cuenta cuando se determinan sus beneficios bajo este Fondo. Esta disposición, conocida como “coordinación de beneficios”, puede cambiar la forma en que se pagan los beneficios bajo el Fondo de Atención Médica de CCPU.

El plan que paga los beneficios primero se considera el plan principal y paga los beneficios sin tener en cuenta sus beneficios bajo otros planes. Cuando otro plan es el principal, el Fondo de Atención Médica de CCPU paga una cantidad que, cuando se agrega a los otros beneficios del plan, no excede el 100% de los gastos permitidos bajo el plan principal.

Esta disposición se aplica independientemente de que se presente o no un reclamo bajo Medicare u otro plan.

El Fondo de Atención Médica de CCPU está autorizado a obtener información de Medicare u otros planes para implementar esta regla.

Si está cubierto por más de un plan de seguro de salud, informe a la Oficina del Fondo y trabajará con el otro plan para determinar cómo se pagarán los beneficios.

Exclusiones del plan general

Con respecto a todos los beneficios, a menos que se disponga específicamente lo contrario, el Fondo de Atención Médica de CCPU no reembolsa:

- Cualquier gasto incurrido antes de su fecha de elegibilidad. Se considera que se incurre en un gasto en la fecha en que recibe el servicio o suministro por el cual se realiza el cargo.
- Cualquier gasto incurrido después de la terminación de su elegibilidad bajo este Fondo.

- Cualquier gasto que esté cubierto por un plan (como un plan dental o de la vista) que esté separado de su plan de seguro de salud calificado.
- Cargos por citas perdidas o completar formularios de reclamo.
- Alojamiento, comida o transporte, a menos que se disponga lo contrario en virtud de este Fondo.
- Cualquier enfermedad, dolencia o lesión por la cual un empleador esté obligado a proporcionar atención hospitalaria u otros beneficios en su totalidad o en parte por las leyes estatales o federales de compensación de trabajadores u otra legislación, incluidas las leyes de compensación o responsabilidad de los empleados de los Estados Unidos, o un programa que proporcione elegibilidad equivalente, aunque el empleado o dependiente renuncie a sus derechos a dichos beneficios.
- Beneficios por servicios o suministros en la medida en que los beneficios sean pagaderos por dichos servicios o suministros bajo cualquier cobertura médica de vehículo motorizado, vehículo motorizado sin culpa, conductor sin seguro, motorista con seguro insuficiente, protección contra lesiones personales (PIP), responsabilidad comercial, póliza de propietario de vivienda u otro tipo similar de cobertura.
- Cualquier servicio o suministro por el que no se realice ningún cargo o no se requiera ningún pago.
- Servicios prestados por un profesional de la salud sin licencia en el estado donde se realizan los servicios o que no están dentro del alcance de la licencia del profesional de la salud.
- Servicios o suministros cubiertos por otro seguro grupal o programa de servicios médicos o para los cuales no se realiza ningún cargo o no se requiere ningún pago de usted como condición para recibir elegibilidad.
- Solicitudes de reembolso recibidas después del límite de presentación.
- Cargos por pagos atrasados, cargos financieros o cargos de cobro impuestos por el proveedor médico.

Información del Fondo de Atención Médica de CCPU

Nombre del Fondo

Este fondo es el Child Care Providers United California Workers Health Care Fund (Fondo de Atención Médica para Trabajadores de California de Child Care Providers United).

Patrocinador del Fondo

La Junta de Fideicomisarios del Fondo de Atención Médica para Trabajadores de California de Child Care Providers United es el patrocinador del Fondo de Atención Médica de CCPU. Su dirección y número de teléfono son:

Child Care Providers United California Workers Health Care Fund
 P.O. Box 57027
 Irvine, CA 92619
 (833) 714-6028

Número de identificación del empleador/número del plan

El número de identificación del empleador asignado por el Servicio de Impuestos Internos es EIN 88-6733960.

Tipo de administración

La Junta de Fideicomisarios ha contratado a Pinnacle Claims Management, Inc. (“Pinnacle”, “Oficina del Fondo de Atención Médica de CCPU” u “Oficina del Fondo”), una organización administrativa por contrato, para proporcionar servicios administrativos.

Reglas del Fondo

Esta guía resume las reglas del Fondo. Los fideicomisarios tienen la autoridad discrecional completa y exclusiva para interpretar esta guía y cualquier otro documento que rija el Fondo de Atención Médica de CCPU.

Nombre y dirección del agente para la notificación de procesos legales

Pinnacle es un agente para aceptar la notificación de procesos legales en nombre del Fondo de Atención Médica de CCPU. Además, cada fideicomisario es un agente para aceptar la notificación de procesos legales.

La dirección postal de todos los fideicomisarios es P.O. Box 57027, Irvine, CA 92619.

Horace Turner – Presidente CCPU, UDW/AFSCME Local 3930	Joseph “Joe” Skala CCPU, SEIU Local 99
Jacque Galiyano CCPU, UDW/AFSCME Local 3930	Riko Mendez CCPU, SEIU Local 521
Patricia Moran CCPU, SEIU Local 521	Deanna Robles CCPU, SEIU Local 99

Circunstancias que pueden resultar en inelegibilidad o denegación de beneficios

Las circunstancias que pueden resultar en descalificación, inelegibilidad, denegación o pérdida de beneficios aparecen a lo largo de esta guía. La Junta de Fideicomisarios tiene la autoridad para terminar el Fondo de Atención Médica de CCPU. Si ocurre tal evento, todos y cada uno de los fondos y activos restantes, después del pago de los gastos, se utilizarán según lo permita el Fondo de Atención Médica de CCPU, hasta que se agoten los fondos y activos, a menos que la ley exija alguna otra disposición.

Año del plan

El año del plan es del 1 de enero al 31 de diciembre.

Derecho a recibir y divulgar la información necesaria

Con el fin de aplicar las reglas descritas en esta guía, el Fondo de Atención Médica de CCPU puede (sin el consentimiento o notificación a ninguna persona) divulgar u obtener de cualquier compañía de seguros u otra organización o persona cualquier información con respecto a cualquier persona que el Fondo de Atención Médica de CCPU considere necesaria para esos fines. Toda persona que solicite prestaciones en virtud de este Fondo deberá proporcionar toda la información que sea necesaria para aplicar esta disposición.

Facilidad de pago

Siempre que los pagos que deberían haberse realizado bajo el Fondo de Atención Médica de CCPU se hayan realizado bajo cualquier otro plan de seguro de salud, el Fondo de Atención Médica de CCPU tiene el derecho, a su entera discreción, de pagar a cualquier organización que realice los otros pagos cualquier cantidad que pueda determinar, para satisfacer la intención de este Fondo. Los montos así pagados serán beneficios pagados bajo este Fondo, y en la medida de esos pagos, el Fondo de Atención Médica de CCPU quedará completamente liberado de responsabilidad.

Pagos excesivos y derecho de recuperación

Si usted o sus proveedores médicos reciben más beneficios de los que tienen derecho según las reglas del Fondo de Atención Médica de CCPU, debe restaurar el monto total del sobrepago al Fondo de Atención Médica de CCPU. De lo contrario, cualquier beneficio pagadero a usted puede reducirse por el sobrepago. Si el Fondo de Atención Médica de CCPU paga beneficios que otro plan debería haber pagado (como una cuenta de coordinación de beneficios), puede recuperar estos beneficios de usted o del otro plan. Siempre que el Fondo de Atención Médica de CCPU haya realizado pagos que excedan la cantidad correcta o máxima, tiene derecho a recuperar estos pagos de cualquier persona a o para o con respecto a la cual se hicieron estos pagos.

El Fondo de Atención Médica de CCPU tiene fideicomiso constructivo, gravamen y/o un gravamen equitativo por acuerdo sobre cualquier beneficio pagado en exceso o adelantado recibido por usted o su representante (incluido un abogado) que se deba al Fondo de Atención Médica de CCPU bajo esta sección, y cualquier cantidad de este tipo se considera mantenida en fideicomiso por usted para el beneficio del Fondo de Atención Médica de CCPU hasta que se pague al Fondo de Atención Médica de CCPU. Al aceptar beneficios del Fondo de Atención Médica de CCPU, usted acepta que existe un fideicomiso constructivo, gravamen y/o gravamen equitativo por acuerdo a favor del Fondo de Atención Médica de CCPU con respecto a cualquier pago excesivo o adelanto de beneficios. Bajo ese fideicomiso constructivo, gravamen y/o gravamen equitativo por acuerdo, usted acepta cooperar con el Fondo de Atención Médica de CCPU para reembolsarle todos sus costos y gastos relacionados con el cobro de esos beneficios.

Como un servicio para usted, el Fondo de Atención Médica de CCPU puede adelantarle beneficios para gastos después de un accidente por el cual otra persona es responsable; sin embargo, estos pagos deben reembolsarse al Plan en su totalidad si recibe alguna recuperación como resultado del accidente. Debe notificar al Fondo de Atención Médica de CCPU dentro de un plazo de 10 días de cualquier accidente o lesión por la cual otra persona pueda ser responsable. Además, debe notificar dentro de los 10 días posteriores al inicio de cualquier demanda que surja del accidente y de la conclusión de cualquier acuerdo, juicio o pago relacionado con el accidente en cualquier demanda iniciada para proteger las reclamaciones del Fondo de Atención Médica de CCPU.

Si no reembolsa el Fondo de Atención Médica de CCPU y se requiere que inicie acciones legales en su contra para obtener el reembolso de los beneficios adelantados por el Fondo de Atención Médica de CCPU, usted deberá pagar todos los costos y gastos, incluidos los honorarios y costos de abogados, incurridos por el Fondo de Atención Médica de CCPU en relación con el cobro de cualquier monto adeudado o la aplicación de cualquiera de sus derechos de reembolso. También debe pagar intereses a la tasa determinada por los fideicomisarios de vez en cuando a partir de la fecha en que el Fondo de Atención Médica de CCPU reciba el monto total adeudado.

Socios de inscripción de atención médica

Utilice los recursos a continuación para obtener ayuda para inscribirse en un plan de seguro médico calificado.

Covered California

<p>Freeway Insurance freewayinsurance.com (800) 673-1149 Idiomas: Inglés, español</p>	<p>Lion's Health lionsinsurance.com (818) 357-2188 Idiomas: Inglés, español, armenio, ruso, farsi, árabe, tagalo</p>
<p>Health Markets ccpu.healthmarkets.com (833) 678-0439 Idiomas: Inglés, español, tagalo, coreano, persa, vietnamita</p>	<p>Neighborhood Health Insurance enrollsocal.com (844) 367-6555 Idiomas: Inglés, español</p>
<p>KCAL Health Insurance kcal.net/english (888) 520-9855 Idiomas: Inglés, chino</p>	<p>Stride Health stridehealth.com support@stridehealth.com (844) 995-2702 Idiomas: Inglés, español</p>
<p>Keenan Direct keenandirect.com (855) 653-3626 Idiomas: Inglés, español</p>	

Medi-Cal

Para obtener una lista de los recursos de Medi-Cal, visite dhcs.ca.gov/services/medi-cal/pages/countyoffices.aspx.

Medicare

<p>Health Markets ccpu.healthmarkets.com (833) 678-0439 Idiomas: Inglés, español, tagalo, coreano, persa, vietnamita</p>	<p>Neighborhood Health Insurance enrollsocal.com (844) 367-6555 Idiomas: Inglés, español</p>
<p>KCAL Health Insurance kcal.net/english (888) 520-9855 Idiomas: Inglés, chino</p>	<p>Lion's Health lionsinsurance.com (818) 357-2188 Idiomas: Inglés, español, armenio, ruso, farsi, árabe, tagalo</p>
<p>Keenan Direct keenandirect.com (855) 653-3626 Idiomas: Inglés, español</p>	