AmeriCorps NCCC

Guía del Plan de Beneficios de Salud

¿Desea tener una mejor comprensión de su programa de atención de salud?

La información en esta guía está diseñada para asistir.

Tarjeta de Identificación

Como miembro de AmeriCorps NCCC, usted recibirá una tarjeta de identificación para usar en constancia de cobertura de atención de salud cuando requiera servicios médicos o prescripciones. Simplemente muestre su tarjeta de identificación a la farmacia, hospital, médico o proveedor al momento del servicio. Si usted tiene otro seguro, debe presentar ambas tarjetas al momento del servicio para asegurar que el proveedor facture de igual manera a su plan principal y a IMG como el administrador de su plan con AmeriCorps NCCC. No mostrar todas las tarjetas podría causar retrasos al procesar las reclamaciones.

Usted debe portar su tarjeta de identificación en todo momento por si acaso necesitara tratamiento de emergencia. El reverso de su tarjeta de identificación contiene información importante con respecto a los procedimientos y la dirección utilizada para presentar reclamaciones.

Las identificaciones extraviadas pueden ser reemplazadas de la siguiente manera:

- Usted puede descargar una tarjeta de identifiación virtual por medio de **https://americorpsnccc.imglobal.com**.
- Usted puede solicitar una tarjeta de identificación por correo electrónico en **NCCCcare@imglobal.com** y le será enviada en un 1 día hábil.
- Usted puede llamar a IMG al **855-851-2974 o 317-833-1711**

Índice

1. Introducción 1
2. Cobertura 2
3. Exclusiones Médicas 6
4. Red de Proveedores Preferentes (PPO), Telehealth y Red de Farmacias 9
5. Exclusiones de Farmacia 12
6. Administración 11
7. Coordinación de Beneficios 14
8. Atención al Cliente 16
9. Definiciones del Plan 17

1. Introducción

Elegibilidad

Agradecemos el servicio que usted brinda a las comunidades de bajos recursos de Estados Unidos a través del programa AmeriCorps. Como miembro de AmeriCorps NCCC, usted es elegible para participar en el Plan de Beneficios de Salud. El **Plan de Beneficios de Salud de AmeriCorps NCCC** se provee sin costo automáticamente al entrar a orientación o servicio, y termina automáticamente en la fecha de su fin de servicio en AmeriCorps.

El contenido de esta guía tiene como objetivo proporcionar una visión general del **Plan de Beneficios de Salud de AmeriCorps NCCC**, así como la forma de utilizar sus beneficios para gastos médicos cubiertos.

El **Plan de Beneficios de Salud de AmeriCorps NCCC** es un plan de beneficios de salud auto-financiado creado por la Corporación para el Servicio Nacional y Comunitario (Corporation for National and Community Service o CNCS por sus siglas en ingles) y pagado con fondos asignados por el Congreso para la Corporación. Éste es un plan limitado de atención médico administrado por International Medical Group, Inc. (IMG®); n**o es una póliza de seguro y no cumple con los requisitos de obligatoriedad individual de la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio** (**ACA**, por sus siglas en inglés).

International Medical Group, Inc. (IMG®) provee toda la administración y supervisión general de los beneficios relacionados con los servicios de atención médico incluye Inscripción, Servicio al Cliente, Pago de Reclamaciones, Gestión Financiera, Administración del Uso, accesibilidad a la Red de Proveedores Preferentes (Preferred Provider Network, PPO) por medio de First Health Network, Servicios de Farmacia por medio de Universal RX, y opciones de telehealth por medio de Teladoc. Favor de abrir y revisar toda la información que reciba de IMG, First Health, Universal RX o Teladoc.

Por solicitud, el material se proveerá en formatos alternativos para personas con discapacidades.

2. Cobertura

Consulte a continuación la tabla de beneficios cubiertos.

Tipo de Cobertura	Definición	Límites de Cobertura / Copagos / Deducibles
Servicios de Emergencia	El plan cubre servicios de emergencia para pacientes ambulatorios por lesiones cual resulten de un accidente, incluye accidentes automovilísticos y enfermedades de emergencia.	
Ambulancia	Servicio de ambulancia profesional al hospital más cercano donde usted puede recibir tratamiento o a otro hospital del área en caso de que el tratamiento necesario no se encuentre disponible en el hospital más cercano. El servicio de ambulancia del hospital al hogar del miembro únicamente en caso de ser médicamente necesario.	
Servicios para Pacientes Hospitalizados	Si usted debe permanecer en un hospital, el plan de gastos médicos pagará los cargos del hospital por los servicios listados a continuación que no estén relacionados a condiciones preexistentes: cargos que se incurran por las salas de cirugía, recuperación, partos, cuidados intensivos, cuidados coronarios y cistoscopia. Alojamiento y alimentos, cuidados generales de enfermería, comidas y servicios dietéticos provistos por el hospital están cubiertos para alojamiento en una habitación semi-privada o sala hospitalaria. En caso de que una habitación privada sea médicamente necesaria, el plan cubrirá el costo.	En caso de ser hospitalizado previo a la fecha de su fin de servicio y la hospitalización continúa más allá de la fecha final, los gastos médicos por la duración de la hospitalización no serán cubiertos en virtud de este plan de servicios de salud. Para la cobertura de alojamiento y alimentos, el plan brinda a los miembros la atención hasta 21 días por cada periodo de servicio y máximo de 60 días por el tiempo total de servicio. El máximo anual de 21 días para alojamiento y alimentos como paciente hospitalizado puede utilizarse para tratamientos de salud mental y por abuso de alcohol o sustancias para la desintoxicación en un hospital o en un centro desintoxicación autorizado dentro de un hospital. No cubre el tratamiento como paciente ambulatorio por el abuso de alcohol o sustancias.
Gastos del Centro de Salud	Los cargos asociados con salas de cirugía, recuperación, partos, cuidados intensivos, cuidados coronarios y cistoscopía.	
Cuidados Quirúrgicos	AmeriCorps paga los gastos quirúrgicos, ya sea como paciente hospitalizado o ambulatorio. Los gastos quirúrgicos incluyen la atención usual previa o posterior a la cirugía para el tratamiento de una enfermedad, lesión o padecimiento; cortada o incisión; y/o la sutura de heridas; el tratamiento por fracturas y huesos dislocados; y los procedimientos endoscópicos donde se inserta un tubo para examinar los órganos internos.	

Anestesia	Cobertura por anestesia general, anestesia espinal y epidural cuando es aplicada por un anestesiólogo. Otras anestesias, incluyendo la sedación consciente, pueden ser administradas por el médico tratante, dentista o personal de enfermería autorizada, conforme a las indicaciones del hospital o el centro de salud.	
Servicios de Maternidad	Los servicios de maternidad cubiertos incluyen cuidados prenatales, exámenes de laboratorio de rutina conforme a las normas de atención de ACOG (American Congress of Obstetricians and Gynecologists), parto del bebé, hospitalización y tratamiento de la madre con relación al parto del bebé, incluyendo todas las complicaciones que afecten a la madre. Los beneficios serán pagados para todos los servicios cubiertos provistos por una partera certificada que es una enfermera registrada y con licencia y certificada como enfermera partera por el 'American College of Nurse Midwives' o cumple otros requisitos obligatorios por ley. Los Servicios de Atención en Cuneros son provistos e incluyen cuidados de rutina para el recién nacido durante la hospitalización de la madre para los cuidados de maternidad cubiertos; las complicaciones que afecten al bebé no están cubiertas.	La cobertura está disponible únicamente mientras usted se encuentre en servicio activo. Una miembro que está embarazada durante su servicio puede continuar su servicio siempre y cuando pueda continuar desempeñando el trabajo de tiempo completo. Si la miembro desea continuar en servicio después de la fecha de parto, la miembro debe tener permiso para ausentarse lo suficiente para recuperarse después del parto. Para mayor información sobre la ausencia autorizada, favor de comunicarse con el líder de su unidad o un Especialista de Asistencia a Miembros. Los beneficios de salud no se extienden a los dependientes de los miembros.
Salud Mental	Atención de Salud Mental como Paciente Hospitalizado: el plan cubre atención de salud mental en servicios para pacientes hospitalizados sujetos a la cláusula de condiciones preexistentes. Atención de Salud Mental como Paciente Ambulatorio: cuando la atención de salud mental es provista para pacientes ambulatorios por un médico, psiquiatra, psicólogo clínico autorizado o maestro de trabajo social.	Cobertura para tres sesiones de salud mental como paciente ambulatorio por año, no está sujeto a las limitaciones de condiciones preexistentes. Toda consulta adicional de salud mental como paciente ambulatorio está sujeta a la cláusula de condiciones preexistentes.
Cuidados Preventivos	El beneficio paga únicamente los siguientes servicios de atención de rutina/preventiva para miembros: **Para mujeres:** 1. Una consulta de ginecología por año de servicio, incluye un examen pélvico, prueba de Papanicolaou y examen de senos realizados al momento de la consulta anual de ginecología. 2. Administración de anticonceptivos. Anticonceptivos orales, diafragmas, dispositivos intrauterinos e inyecciones anticonceptivas por prescripción de un médico. 3. Una mamografía para mujeres mayores de 40 años cubierta por año de servicio. Todas las otras mamografías de rutina no se incluyen como parte de estos servicios. 4. Una prueba de Densidad Mineral ósea (BMD). **Para hombres (mayores de 50):** 5. Un examen de próstata, incluyendo un PSA, tiene la cobertura del plan por año de servicio. **Para mujeres y hombres:** 6. Pruebas para la detección de enfermedades de transmisión sexual (ETS)	Usted será responsable por un copago de $5.00 en cada visita a un consultorio médico. Usted debe pagar este cargo al momento de su consulta y será deducido del costo total de los servicios.

Inmunizaciones	Las inmunizaciones recomendadas por los Centros para el Control y la Prevención de las Enfermedades de los Estados Unidos.	No hay cobertura de las inmunizaciones exigidas al viajar fuera de los Estados Unidos. Las vacunas contra la gripe están cubiertas al 100%. Las vacunas contra el VPH están cubiertas al 100% hasta 26 años de edad.
Exámenes de Laboratorio y Radiografías	Los servicios tienen cobertura si son recomendados o realizados por un proveedor autorizado para fines de diagnóstico por motivo de síntomas, enfermedades o lesiones.	Cubiertos al 100%. Las pruebas de rutina no están cubiertas.
Servicios Profesionales	Servicios provistos por un médico para el tratamiento de una condición médica en un hospital, consultorio médico o su hogar. El plan paga hasta los cargos usuales, habituales y razonables para este tipo de servicio. Los servicios de consulta están cubiertos en caso de requerir una segunda opinión quirúrgica para confirmar su diagnóstico o tratamiento. Los proveedores aprobados del servicio incluyen Doctor en Medicina (MD), Doctor en Osteopatía (DO), Doctor en Cirugías Dentales (DDS o DMD), Psicólogo (PhD) y cualquier otro proveedor autorizado por el estado donde se proveen los servicios. También incluye los servicios especiales de enfermería por profesionales de enfermería activos, personal de enfermería registrado, personal de enfermería práctica con licencia y personal de enfermería vocacional con licencia, conforme a prescripción médica.	Usted será responsable por un copago de $5.00 en cada visita a un consultorio médico. Usted debe pagar este cargo al momento de su consulta y será deducido del costo total de los servicios. El copago está exento en los servicios provistos por Teladoc.
Farmacia	Su plan cubre medicamentos por prescripción (de marca y genéricos) en los puntos de venta y pedidos por correo que les sean prescritos por su proveedor, sujeto a las exclusiones y limitaciones del plan.	$0 de copago por medicamentos genéricos. $5 de copago por medicamentos de marca con un equivalente genérico. $0 de copago por medicamentos de marca sin un equivalente genérico Consultar las exclusiones de farmacia en la sección de exclusiones del guía para conocer la descripción completa de los medicamentos que no están cubiertos.
Dental	Los servicios dentales necesarios para realizar un servicio quirúrgico con el fin de corregir lesiones accidentales no provocadas por masticación de la mandíbula, mejillas, labios, lengua, paladar y base de la boca, así como radiografías, dientes, huesos y tejidos de soporte que ocurran mientras el miembro tenga cobertura en virtud de este plan incluyendo radiografías a consecuencia de una lesión corporal accidental. Los servicios dentales de emergencia incluyendo la atención que debe ser provista de inmediato para el alivio del dolor y para la corrección del trastorno que está causando el dolor.	Los servicios de emergencia cubiertos pueden incluir el tratamiento de abscesos, endodoncias y extracciones, pero no incluirán limpieza, coronas, prótesis dentales, empastes de rutina o la extracción rutinaria de las muelas del juicio.

Visión de Emergencia	Los cargos por los exámenes de la visión, el reemplazo de anteojos o lentes de contacto perdidos o dañados durante el desempeño de su trabajo están sujetos al programa de beneficios pagaderos a la derecha:	• Reemplazo/reparación de armazones y lentes (combinados) $50. • Exámenes de la visión para reemplazar los anteojos $25. • Reemplazo de lentes de contacto $50. • Exámenes de la visión para lentes de contacto o el reemplazo de los lentes $25. • NOTA: Los servicios asociados con el tratamiento de enfermedades de la visión o lesiones de los ojos están cubiertos y sujetos a las limitaciones de las condiciones preexistentes
Ojos o Extremidades Artificiales	Aparatos de prótesis y aparatos ortopédicos para las discapacidades que surgen durante el servicio, y la reparación de estos aparatos y su sustitución cuando sea médicamente necesario.	
Sangre	Sangre, plasma sanguíneo o expansores de sangre cuando no se done o reemplace.	
Suministros para la Diabetes	Únicamente insulina, lancetas, hisopos con alcohol, glucómetro, tiras reactivas, agujas y jeringas desechables.	
Equipo	Incluye yesos, férulas, armaduras, aparatos ortopédicos, muletas o vendajes quirúrgicos	
Renta de Equipo (Equipo Médico Duradero)	Incluye la renta o compra (lo que sea menor) del equipo médico duradero considerado necesario para el uso terapéutico, incluye muletas, silla de ruedas, cama de hospital y oxígeno y la renta del equipo para su manejo.	Es necesario tener una orden del médico para que el Equipo Médico Duradero sea considerado a pago.
Reparación de Aparatos de Audición	Reparación de aparato de audición por descomposición o pérdida durante el desempeño del trabajo.	
Terapia de Lenguaje	Los servicios son cubiertos cuando sean provistos por un médico o terapeuta de lenguaje autorizado cuando sea por prescripción médica.	
Terapia Física	Los servicios son cubiertos cuando son provistos por un médico o por un terapeuta físico autorizado cuando sea por prescripción médica.	
Fototerapia	Los servicios son cubiertos cuando son provistos por un médico o por personal de enfermería autorizado especializado en fototerapia cuando sea por prescripción médica. Nota: no cubre bronceado/salones de bronceado.	
Hemodiálisis	Los servicios provistos por un centro independiente de hemodiálisis (excepto en caso de la Insuficiencia Renal Crónica y enfermedad Renal en etapa terminal).	
Terapia de Radiación	Radiación y quimioterapia, incluido tratamiento de enfermedades por agentes químicos, biológicos, antineoplásicos, rayos X, radio o isótopos radiactivos.	

Terapia Ocupacional	Los servicios son cubiertos cuando son provistos por un médico o por un terapeuta ocupacional licenciado cuando es prescrito por un médico.	
Suministros de Ostomía	Al ser prescritos por un médico	

Copago del Plan

Usted será responsable por $5.00 de copago por cada visita a un consultorio médico. Se espera que pague este cargo al momento de su visita y será deducido del costo total de los servicios. Ningún copago será cobrado por servicios como paciente hospitalizado. No hay copago por servicios Telehealth provistos por Teladoc.

Condiciones Preexistentes

Todos los servicios cubiertos están sujetos a la cláusula de condiciones preexistentes. AmeriCorps NCCC no provee cobertura por cualquier diagnóstico que sea considerado una condición preexistente. Una condición preexistente se define como cualquier condición o enfermedad por la cual se brindó tratamiento médico o se realizó un diagnóstico, en o previo al inicio de su servicio.

En caso de presentar una reclamación que parece ser una enfermedad o condición preexistente, no será pagada hasta que se provea información adicional para confirmar que el inicio de la condición ocurrió después de inscribirse en el servicio.

Excepciones: En caso de que su servicio sea finalizado por razones médicas y luego reincorporado dentro de los siguientes 180 días, el plan de salud le brindará cobertura para la condición por la cual fue médicamente finalizado. El embarazo no está sujeto a la cláusula de condiciones preexistentes.

Excepciones: Si usted reingresa al servicio con AmeriCorps NCCC dentro de los 180 días siguientes a la finalización de su servicio previo, las condiciones médicas cubiertas durante su servicio previo estarán cubiertas durante el nuevo término de servicio y no se consideran preexistentes. Sin embargo, las enfermedades o lesiones de diagnóstico reciente que se incurran durante la interrupción en el servicio se consideran condiciones preexistentes.

3. Exclusiones Médicas

- **Aborto o Cirugía de Esterilización**
- **Terapia de Acupuntura**
- **Abuso de Alcohol, Drogas o Tratamiento de Desintoxicación** – Por servicios adicionales a los cubiertos bajo la cobertura del hospital.
- **Pruebas o Inyecciones por Alergias** - Cualquier servicio relacionado con el tratamiento de alergias, incluyendo pruebas y encuestas de alergias, inyecciones, medicamentos y tratamientos (excepto para tratamientos de emergencia, incluyendo medicamentos y hospitalización para asma).

- **Terapia de Biorretroalimentación**
- **Servicios de Rehabilitación Cardiaca**
- **Servicios Quiroprácticos**
- **Anomalías Congénitas**
- **Anticonceptivos** - Cargos por anticonceptivos sin prescripción.
- **Cirugía Cosmética** - Cualquier servicio realizado en relación con cirugía cosmética (excepto por condiciones requeridas para la reparación de lesiones accidentales sufridas mientras el miembro está inscrito), por condiciones no-funcionales o por cualquier condición que haya existido en la fecha de entrada en vigencia de la cobertura del miembro.
- **Asesoramiento** - Cargos por o en relación con los siguientes tipos de servicios de asesoramiento: matrimonio, pareja, relación, familia, hijo/a, carrera, ajuste social, pastoral o financiera. Excepciones: Ver Servicios de Salud Mental bajo Servicios Cubiertos dentro del Programa de Beneficios.
- **Dental** – La cobertura dental no cubre los cuidados dentales de rutina, incluyendo limpieza, coronas, dentaduras, empastes de rutina o la extracción rutinaria de muelas del juicio.
- **Equipo (*Durable Medical Equipment*, DME)** - Compra o renta de equipo, como acondicionadores, humidificadores o purificadores de aire o dispositivos similares.
- **Procedimientos Experimentales** - Cualquier tratamiento o materiales que son experimentales o que su eficacia no ha sido comprobada por evidencia científica o generalmente no son aceptados por profesionales de la salud informados en el tratamiento de condiciones, diagnósticos o enfermedades para los cuales se propone su uso.
- **Pies** - Cualquier enfermedad o tratamiento para los pies, incluyendo sin limitación: zapatos ortopédicos, dispositivos ortopédicos por prescripción médica para sujetarse o colocarse en zapatos; tratamiento para pies débiles, cansados, planos, inestables o desequilibrados; metatarsalgia, espolones óseos, dedos en martillo o juanetes; esto no aplica a las infecciones de las uñas de los pies o los pies y no aplica a los yesos, férulas o aparatos ortopédicos para el tratamiento de lesiones.
- **Pruebas Genéticas** - Excepto cuando las pruebas estén cubiertas por los Servicios de Embarazo Cubiertos.
- **Hemodiálisis** – El plan cubre los servicios prestados por centros de hemodiálisis independientes (excepto en casos de la insuficiencia renal crónica y enfermedad renal en etapa final no relacionados con un episodio agudo que requiere hemodiálisis.
- **Salud en el Hogar** - Excepto cuando un servicio cubierto para pacientes hospitalizados sea menos costoso al administrarse en el hogar.
- **Cuidados Paliativos**
- **Atención Hospitalaria** - Cuando sea principalmente para fines diagnósticos (excepto si la condición o el tipo de pruebas requieran hospitalización, cuidados de convalecencia o bajo custodia (excepto conjuntamente con internación hospitalaria regular durante los siete días previos), cuidado institucional, de descanso o rehabilitación. También hospitalización principalmente por terapia física o terapia ocupacional, excepto cuando la terapia no pudo haber sido provista como paciente ambulatorio y la complejidad de la condición del miembro haya requerido atención especializada adicional.
- **Inmunizaciones** - Requeridas para viajar fuera de los Estados Unidos.
- **Recién Nacido** - Complicaciones que afecten al bebé.
- **Enfermería** - Atención de enfermería privada o servicios de enfermeras especiales y el pago de sus alimentos.
- **Tratamiento por Obesidad o Disminución de Peso**
- **Ortopedia** - Zapatos u otros dispositivos de soporte para los pies.

- **Exámenes Físicos** - Atención provista como parte de una examinación anual o de rutina, incluyendo pruebas de laboratorio de rutina. Esta exclusión no incluye las consultas cubiertas bajo el beneficio de Cuidados Preventivos.
- **Servicios o Suministros de Preconcepción** - Con el propósito de inducir el embarazo, tales como la fertilización "in vitro" (probeta), inseminación artificial o servicios experimentales.
- **Condiciones Preexistentes** - No hay pago de beneficios por servicios relacionados con condiciones preexistentes. Una condición preexistente es una condición o enfermedad para la cual se brindó tratamiento médico, o se hizo un diagnóstico, en o antes del inicio del servicio en el programa AmeriCorps NCCC.
- **Artículos de Comodidad Personal** - Cualquier artículo de comodidad personal (comprado o rentado), tales como teléfono, televisión y servicios de belleza.
- **Cargos, Servicios o Suministros**
  - Que no son médicamente necesarios en el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad
  - Provistos por un cónyuge, padre, hermano o hijo de un miembro
  - Presentados para pago dos años después de la fecha en que los servicios fueron provistos
  - En los que no se habría incurrido si el paciente no hubiera tenido esta cobertura
  - Elegible para pago en virtud de los beneficios de compensación laboral
  - En relación con una discapacidad de servicio militar o de otra condición a consecuencia de guerra
  - Provistos en un centro de atención prolongada
  - Para alojamiento o alimentos en una institución que no sea un hospital
  - Cuando los beneficios están disponibles bajo un contrato de protección contra lesiones personales
  - Seguro de vehículo a motor sin culpabilidad
  - Cualquier plan de seguro médico grupal privado
  - Como resultado de una subrogación de terceros responsables.
- **Transformaciones Sexuales, Disfunción Sexual o Tratamiento por Deficiencia**
- **Enfermería Especializada/Atención Prolongada** - (Excepto cuando un servicio cubierto sea menos costoso al ser administrado por enfermería especializada o atención prolongada).
- **Cirugía** - Servicios que no son médicamente necesarios.
- **Trastornos de la Articulación Temporomandibular (ATM)** - Servicios o suministros médicos o dentales para el tratamiento de ATM.
- **Trasplante, órganos sólidos o tejidos** - Servicios o suministros para o en relación con cualquier trasplante quirúrgico de órganos sólidos o tejidos y toda complicación que resulte de tales procedimientos, incluyendo sin limitación, corazón, pulmón, riñón, páncreas, córnea, hígado, médula ósea, (autólogo o alogénico para cualquier diagnóstico), injerto de piel e injerto óseo. Servicios o suministros relacionados, incluyendo, sin limitación, a la administración de altas dosis de quimioterapia, radioterapia y cualquier otra forma de terapia o medicamentos inmunosupresores no están cubiertos cuando están asociados a cualquier procedimiento de trasplantes de órganos sólidos o tejidos.
- **Transportación** - Distintos al servicio de ambulancia cubierto.
- **Visión** - Servicios o suministros para el tratamiento médico o quirúrgico de miopía o hipermetropía, incluyendo sin limitación, queratotomía radial y las otras formas de queratoplastia refractiva, incluyendo cirugía láser.

4. PPO, Recursos de Farmacia y Recursos Telehealth

PPO

La red de Organización de Proveedores Preferidos (PPO por sus siglas en inglés) para el Plan de Beneficios de Salud de AmeriCorps NCCC es First Health Provider Network. El logotipo para First Health Network se encuentra al frente de su tarjeta de beneficios. Usted debe presentar esta tarjeta y cualquier otra tarjeta de beneficios de seguro a su proveedor al momento del servicio. **Al comunicarse con un proveedor en First Health Network, es importante decir: "Mi plan de salud utiliza First Health Network".**

Emplear a un proveedor PPO le ahorra dinero porque AmeriCorps pagará 100% de los cargos cubiertos (o hasta el límite del plan). En la mayoría de los estados, no se requerirá pago al momento de los servicios (excepto por el monto de copago).

No utilizar un proveedor PPO disponible dentro de una zona en la red conducirá a que usted sea responsable por los cargos mayores al monto usual y habitual. Esto significa que usted será responsable por todos los costos que no sean pagados por el plan de salud, y los proveedores podrán requerir el pago al momento del servicio.

Si usted se comunica con un proveedor de la red que niega su participación en First Health Network, favor de comunicarse inmediatamente con IMG con el nombre, número de teléfono y dirección del proveedor. Favor de notar que las citas están disponibles con base en el horario del médico. En caso de que un proveedor no esté aceptando pacientes nuevos, usted deberá comunicarse con otro proveedor.

Exención de 35 Millas

Si su domicilio o ubicación SPIKE (proyectos fuera del campus regional de AmeriCorps NCCC) estuviera a más de 35 millas del proveedor de PPO más cercano, usted está exento de utilizar la red de PPO. Puede consultar a cualquier proveedor de su elección; sin embargo, deberá primero comunicarse con IMG para coordinar esta exención.

Telehealth

Teladoc Telehealth provee acceso a médicos, psicólogos, trabajadores sociales y consejeros profesionales acreditados por el consejo 24/7 por teléfono o vídeo chat. Es un método más rápido y frecuentemente más fácil para buscar el consejo de un médico que una visita a cuidados de emergencia o la sala de urgencias o buscar un proveedor de atención de salud mental.

El equipo de los profesionales médicos calificados y acreditados podrá dar consultas, aconsejar y diagnosticar, además de prescribir medicamentos directamente a su farmacia en caso de ser necesario. * Algunos de los usos más comunes incluyen: gripe e influenza, infecciones de senos paranasales, alergias, infecciones del tracto urinario, conjuntivitis y muchos más.

***Las prescripciones se emiten cuando se consideran médicamente apropiadas. No se emitirán prescripciones para sustancias controladas por la DEA, antipsicóticos, medicamentos de salud mental o medicamentos de estilo de vida.**

Cómo utilizar Teladoc

Usted puede comunicarse de manera confidencial con Teladoc llamando al 1-800-Teladoc (1-800-835-2362), descargando la app en el celular o por acceso directo por medio del siguiente enlace www.teladoc.com el cual se encuentra en el sitio web de americorpsnccc.imglobal.com. Si usted tiene una emergencia, por favor llame a 911 ó vaya a la sala de urgencias.

Cómo presentar una reclamación

Las reclamaciones serán directamente presentadas a IMG por Teladoc. En caso de requerir información adicional, un representante de servicio de IMG podría comunicarse con usted.

Farmacia

Universal Rx es su administrador del plan de medicamentos prescritos. Por medio de su comunidad de redes nacionales y cadenas de farmacias junto con su opción de servicio de farmacia por correo postal usted puede elegir de la más amplia variedad de farmacias para satisfacer su necesidad de medicamentos prescritos. La red de farmacias Universal Rx incluye más de 60,000 ubicaciones de farmacias en todo el país. Para encontrar una farmacia participante, visite al sitio web https://americorpsnccc.imglobal.com o llame al Centro de Asistencia de la Farmacia de Universal Rx al 800-800-7364.

Surtir en Famacia y Pago

Usted tendrá una tarjeta de identificación la cual contiene toda la información requerida por su proveedor de atención médica y/o farmacia. Simplemente presente su tarjeta para surtir sus prescripciones en cualquiera de las farmacias de la red en su zona. La farmacia entonces transmitirá electrónicamente una reclamación por ese medicamento y será aprobada en minutos para surtir la prescripción.

Usted puede obtener un suministro para un mes de su medicamento prescrito de una farmacia minorista y un suministro para hasta tres meses por medio del Servicio de Correo Directo Universal Rx.

Su plan de salud fomenta que todos los medicamentos de mantenimiento o los medicamentos tomados de forma continua deben ser comprados por el Servicio de Correo Directo. Usted puede obtener información con respecto a los pedidos en línea por medio de un vínculo en https://americorpsnccc.imglobal.com.

En el improbable caso de una farmacia de su zona no forme parte de nuestra red, por favor solicite a su farmacéutico un acuerdo de participación, llamando a Centro de Asistencia de la Farmacia de Universal Rx al 800-800-7364.

Medicamentos de Marca versus Genéricos

Usted puede ayudar a aminorar su costo, y el costo que AmeriCorps paga cada año por los medicamentos, al usar genéricos siempre que sea posible. Cuando requiera una nueva prescripción, pregunte a su doctor si un genérico puede sustituir a uno de marca. También puede preguntarle a su farmacéutico. En muchos casos, ellos pueden sustituir una marca por un genérico sin mayor aprobación. En algunos casos, su farmacéutico podría necesitar el permiso de su médico.

Hay un copago **de $5.00 para** los medicamentos de marca cuando existe un genérico disponible. **NO HAY COPAGO** por medicamentos genéricos.

Servicio por Correo

La farmacia de Servicio por Correo provee una manera conveniente para entregarle sus medicamentos en su casa o su oficina. Universal Rx Direct Mail Service debe ser la primera opción par las personas que utilizan medicamentos de mantenimiento. Estos son medicamentos tomados de manera continua, tales como para asma, condiciones cardiacas y cardiovasculares, diabetes e incluso anticonceptivos orales. Además, con el servicio por correo usted tiene autorizado suministros para 90 días de sus medicamentos cada vez que surte.

Para comenzar a usar el servicio por correo, usted debe tener una prescripción de su médico para cada medicamento. Solicite a su doctor que autorice un suministro para 90 días y cuatro rellenos. Asegúrese de también obtener una prescripción para el surtido inicial en su farmacia local en caso de que necesite usar el medicamento inmediatamente o si actualmente no tiene su medicamento disponible.

Las solicitudes de reembolso para las prescripciones de farmacia requieren llenar el Formulario de Reclamación de Prescripciones, se encuentra en línea en americorpsvista.imglobal.com.

5. Exclusiones de Farmacia

- Cualquier medicamento de venta libre que puede comprarse sin prescripción.
- Dispositivos o aparatos terapéuticos u otras sustancias no-médicas, independientemente de su uso previsto.
- Anticonceptivos sin prescripción y suministros relacionados con el control de la natalidad, anticonceptivos inyectables e implantables, excepto las píldoras anticonceptivas y los diafragmas que están cubiertos.
- Medicamentos usados para disuadir el fumar
- Anorexígenos, medicamentos anti-obesidad
- Cualquier medicamento con fines cosméticos, incluyendo sin limitación, Rogaine.
- Cualquier cantidad de medicamentos surtidos que exceda los límites de suministro y relleno
- Cualquier prescripción o relleno surtido más de un año después de la prescripción original
- Las prescripciones surtidas previo a la fecha de entrada en vigencia o después de la fecha de finalización de la cobertura del miembro
- Los medicamentos etiquetados “Precaución: Limitado por Ley Federal al Uso en Investigación”, medicamentos que son de carácter experimental o de investigación o que están relacionados con servicios o suministros experimentales o de investigación, incluye medicamentos que requieren la aprobación de una agencia federal o gubernamental que no ha sido concedida al momento de la prescripción
- Servicios o suministros relacionados, incluyendo sin limitación, a la administración de altas dosis de quimioterapia, radioterapia o cualquier otra forma de terapia o de medicamentos inmunosupresores no están cubiertos cuando son en relación con cualquier procedimiento de trasplante de órganos sólidos o tejidos
- Agentes de inmunización
- Sueros biológicos
- Sangre, plasma sanguíneo o expansores de la sangre sin recibo
- Medicamentos para el tratamiento de Esclerosis Múltiple (EM) incluyendo sin limitación, Betaseron, Avonex, Copaxone, Tysabri, Rebif, Interferon
- Medicamentos para la fertilidad
- Preparaciones de fluoruro
- Medicamentos relacionados con el SIDA
- Jeringas/agujas no-insulina
- Vitaminas, derivados de la vitamina A
- Hormonas de crecimiento humano
- Todos los medicamentos relacionados con la Disfunción Eréctil (DE)

6. Administración

Presentación de Reclamaciones Médicas

Las reclamaciones se presentan automáticamente a IMG para usted cuando emplea un proveedor dentro de la red First Health PPO o Teladoc y presenta su tarjeta de identificación al proveedor. Usted no será responsable por los cargos (excepto para su copago, si hubiera) que excedan los cargos usuales, habituales y razonables.

Si usted tiene una reclamación de un proveedor fuera de la red PPO o una factura de un proveedor, usted deberá llenar un formulario de reclamación y adjuntar todas las facturas originales desglosadas necesarias para sustentar el proceso y pago de su reclamación. Las reclamaciones deben presentarse para reembolso dentro de los dos años siguientes a la fecha en que los servicios fueron provistos.

Para obtener un Formulario de Reclamación del Plan de Beneficios de Salud, visite a https:// americorpsnccc. imglobal.com. El Formulario de Reclamación del Plan de Beneficios de Salud es un formulario electrónico y puede llenarlo y enviarlo por correo electrónico a NCCCcare@imglobal.com con una copia escaneada de todos los recibos aplicables o subirla directamente desde su cuenta MyIMGNCCC para la cual está solicitando el reembolso.

Si usted prefiere llenar un formulario en papel, puede descargar uno o llamar al servicio al cliente y solicitarlo. Puede imprimirlo y enviarlo por correo a la dirección que se encuentra al reverso de su tarjeta de identificación en caso de que prefiera no presentar la información por correo electrónico.

Es necesario presentar las facturas originales desglosadas para verificar la información que necesitamos para procesar su reclamación. Los cheques cancelados no son aceptables como prueba de una reclamación. No es necesario que las facturas sean marcadas como pagadas antes de poder reclamar sus beneficios. Las facturas originales presentadas no serán devueltas, por ello asegúrese de conservar una fotocopia de todas las facturas y los recibos en su archivo personal. Las facturas que usted presente deben incluir la siguiente información:

a) Nombre, dirección y estado profesional de la persona o la organización que provee el servicio
b) Número de identificación tributaria del proveedor
c) Nombre del paciente que recibe el servicio (nombre del miembro)
d) Fecha de servicio
e) Descripción de cada servicio
f) Diagnóstico
g) Cargo por cada servicio
h) Para los gastos de psicoterapia elegibles, incluir la duración de cada sesión y el tipo de sesión (p.ej., grupal o individual)

Las decisiones con respecto al pago de una reclamación generalmente se realizan en un plazo de dos o tres semanas después de recibir una reclamación. En situaciones especiales, podría ser necesario un tiempo adicional para determinar los beneficios con respecto a su reclamación. Si una decisión de determinación de beneficios se retrasa por más de 90 días, le será enviada una notificación explicando la razón de la demora.

En caso de que se pague una reclamación a su proveedor, ellos recibirán un cheque y una explicación de beneficios. Una explicación de beneficios les comunica lo que su plan paga y no paga. En caso de negar alguna reclamación o una porción de la reclamación, usted y su proveedor recibirán una explicación de la negación.

7. Coordinación de Beneficios

Los participantes del Plan de Beneficios de Salud de AmeriCorps NCCC tienen una disposición de **Coordinación de Beneficios** dentro de este plan.

La disposición de **Coordinación de Beneficios** determina cuál plan es el pagador principal y debe pagar las reclamaciones hasta el límite de su plan. El otro plan entonces es designado como el pagador secundario y debe pagar todos los montos restantes cubiertos. En ningún momento el pago combinado será mayor al monto facturado.

El Plan de Beneficios de Salud de AmeriCorps NCCC es secundario a todos los seguros, excepto a Medicare, Medicaid y Beneficios Militares.

Si usted tiene cobertura de atención de salud distinta a este Plan de Beneficios de Salud de AmeriCorps NCCC, presente **ambas** tarjetas de identificación a cada proveedor y explique qué se puede usar las siguientes pautas para determinar cuándo las reclamaciones deben ser presentadas al administrador del plan (IMG®) como el pagador principal:

1. **¿Usted tiene otra cobertura de seguro de salud? Si es así;**

   1º: Presente las reclamaciones a la compañía de seguros privada; luego

   2º: Presente los cargos restantes identificados por medio de una Explicación de Beneficios (*Explanation of Benefits*, EOB) al Plan de Beneficios de Salud de AmeriCorps NCCC usando la información para la presentación de reclamaciones que se encuentra al reverso de su tarjeta de identificación.

2. **¿Usted tiene beneficios de Medicare, Medicaid, o Militares? Si es así;**

   1º: Primero presente los cargos al Plan de Beneficios de Salud de AmeriCorps NCCC; luego

   2º: Presente los cargos restantes a Medicare, Medicaid o plan de beneficios Militares con el EOB de IMG.

Cuando usted tiene una reclamación médica y ha sido pagada o negada, se genera una explicación de beneficios. IMG pone a su disposición todas sus explicaciones de beneficios por medio del área segura del website de AmeriCorps NCCC accesible en https://americorpsnccc.imglobal.com.

Pre-certification

Todas las estancias en el hospital como paciente hospitalizado, incluyendo los centros de desintoxicación, deben ser pre-certificadas. Si hay un hospital de la red en la zona cercana a su domicilio, usted debería utilizar los servicios de aquél hospital. Una sanción de $300 aplicará si no se obtiene la pre-certificación antes de la hospitalización. El miembro es responsable por pagar todas las sanciones aplicables.

Si usted se está preparando para programar un servicio o procedimiento médico donde deberá ingresar a un hospital como paciente hospitalizado, usted o la oficina del proveedor a cargo de su atención puede iniciar una pre-certificación en línea en https://americorpsnccc.imglobal.com o llamando sin costo al 855-851-2974 o 317-833-1711.

El horario de pre-certificación es de 7:00 AM a 6:00 PM EST de lunes a viernes; puede dejar un mensaje seguro durante las horas fuera de servicio que le será respondido durante el siguiente día hábil.

Una vez que se haya dado la pre-certificación, IMG notificará a usted, su proveedor y el hospital por escrito en las 24 horas siguientes a la decisión de pre-certificación y el número aprobado de días de hospitalización. Si su ingreso al hospital ha sido pre-certificado y su hospitalización requiere días adicionales en el hospital, el personal de enfermería de IMG revisará la información provista y determinará si los días adicionales en el hospital son médicamente necesarios. En caso de no poder aprobar una extensión, un consejero médico revisará su caso, discutirá su ingreso en curso con su proveedor y emitirá una decisión.

Nota: La pre-certificación no es una garantía de pago, sino un proceso para documentar la necesidad médica. La aprobación de pre-certificación no significa la aprobación de cobertura. La aprobación de cobertura se fundamenta en los términos y condiciones descritos en esta guía.

Derecho a Apelar

Apelación General a una Decisión sobre Reclamaciones Médicas o Farmacéuticas

Si usted no está de acuerdo con la manera en que una reclamación fue pagada, usted o su representante autorizado puede apelar una negación de beneficios por cualquier reclamación o porción de una reclamación, enviando su apelación y toda información adicional relacionada con la reclamación y los comentarios por escrito a IMG. Al recibir su apelación por escrito, IMG revisará la información y, en caso de ser necesario, podrá solicitar información adicional para asistir a tomar una determinación justa. Debe recibir una decisión sobre la apelación dentro de los 90 días siguientes.

Apelación sobre una Decisión de Pre-Certificación

Si usted o su médico no están de acuerdo con una decisión de pre-certificación, usted tiene el derecho a apelar. El proceso de apelación está disponible para solicitudes de estancia prolongada o para admisiones y procedimientos futuros. La apelación puede ser iniciada por usted, el médico tratante o el personal de revisión de utilización de la institución donde se está realizando el servicio.

La apelación puede iniciarse comunicándose con IMG por teléfono, fax o correo electrónico seguro. El derecho al proceso de apelación se ofrecerá a los miembros o su representante autorizado, proveedor o la institución que está prestando el servicio al momento de no ser pre-certificado para el nivel de atención solicitado. El proceso de apelación debe iniciarse durante los 180 días siguientes a la fecha en que recibió la notificación de no ser pre-certificado. Una copia de toda la póliza de apelaciones de IMG está disponible por solicitud del miembro o su representante autorizado, proveedor o institución tratante, también se puede encontrar en el sitio web https://americorpsnccc.inglobal.com. Las respuestas a las apelaciones se darán en los 30 días siguientes de recibir toda la información.

7. Atención al Cliente

Las horas hábiles de la Atención al Cliente son de **7:00 AM a 6:00 PM EST de lunes a viernes**. Si usted llama fuera de las horas de servicio, puede dejar un mensaje seguro no urgente y un representante le devolverá la llamada dentro del siguiente día hábil. Si su llamada es de emergencia, por favor siga las instrucciones para que ser dirigido a una enfermera de guardia.

AmeriCorps ha contratado a IMG para ayudarle a responder todas sus preguntas, preocupaciones o solicitudes que puedan tener con respecto a su Plan de Beneficios de Salud de AmeriCorps NCCC. Usted puede comunicarse con la Atención al Cliente de IMG por cualquiera de las siguientes maneras:

1. **Visite al sitio web de IMG / AmeriCorps NCCC Healthcare – https://americorpsnccc.imglobal.com** El sitio web está diseñado para que los miembros encuentren fácil y rápidamente la información con respecto al **Plan de Beneficios de Salud de AmeriCorps NCCC**. Usted puede acceder a la siguiente información en **https://americorpsnccc.imglobal.com**:

   - Encontrar médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores en su red
   - Imprimir los formularios necesarios o llenarlos electrónicamente
   - Revisar electrónicamente la guía
   - Acceder al servicio al cliente de manera segura para preguntar sobre su información personal y privada de atención de la salud
   - Revisar su información personal de reclamaciones o para obtener una versión electrónica de su tarjeta de identificación entrando al portal de miembros MyIMGNCCC
   - Iniciar una sesión de chat
   - Revisar las Preguntas Frecuentes

2. **Llame a IMG sin costo al 855-851-2974 ó 317-833-1711**

3. **Envíe un correo electrónico a IMG en NCCCcare@imglobal.com**

4. **Escriba a IMG:**
   IMG / AmeriCorps
   Attn: Customer Service
   P.O. Box 21605
   Eagan, MN 55121

8. Definiciones del Plan

Proveedores de Servicio Aprobados - Cuando usted se encuentra enfermo o lesionado, su cobertura le ayuda a pagar el hospital y su médico, así como cargos apropiados por otros profesionales de la salud aprobados. Estos proveedores incluyen sin limitación:

Hospital – cualquier hospital acreditado por la Comisión Conjunta de Acreditación de Organizaciones de Salud, incluyendo Hospitales de Administración de Veteranos y Hospitales del Departamento de Defensa.

Médicos – cualquier proveedor autorizado en el estado donde los servicios son provistos. Estos incluyen: Doctor en Medicina (MD), Doctor en Osteopatía (DO), Doctor en Cirugías Dentales (DDS o DMD), Podólogo (POD) y Psicólogo (PhD.).

Otros Proveedores – enfermera anestesista, practicante de enfermería, trabajador social psiquiátrico, terapeuta respiratorio, terapeuta de lenguaje, terapeuta ocupacional, oculista, optometrista, asistente de médico, enfermera privada, asistente técnico de cirugía, terapeuta físico o fisioterapeuta certificado Todos los proveedores mencionados deben estar autorizados o certificados en la jurisdicción donde los servicios fueron provistos.

Año de Beneficio - el periodo de un año que comienza en su fecha de inicio del programa AmeriCorps NCCC y termina en su última fecha de servicio en este periodo. Usted acumula sus beneficios en este periodo de tiempo.

Enfermera Partera Certificada – Debe ser una enfermera certificada autorizada y certificada como enfermera partera por el American College of Nurse Midwives.

Copago - el monto que el miembro tiene la responsabilidad de pagar por cada visita a un consultorio médico o prescripción.

Cargos Cubiertos - Los cargos que no son excesivos para los servicios cubiertos. El dictamen estará fundamentado en uno o una combinación de los siguientes: una tarifa negociada con base en los servicios provistos; una tarifa fija por día; o la asignación usual, habitual y razonable para proveedores similares que realizan servicios cubiertos similares.

Servicios Cubiertos - Los servicios o suministros para los cuales se pagarán los beneficios cuando son provistos por un proveedor que se desempeña dentro del alcance de su autorización. A fin de considerarse un servicio cubierto, debe incurrir en los cargos durante la vigencia de su cobertura.

Exclusiones - Cualquier servicio o suministro relacionado con condiciones preexistentes o con otras condiciones que no se encuentran específicamente cubiertas por este plan.

Experimental - Tratamiento, procedimiento, centro, equipo, medicamento, dispositivo o suministro que:

1. No es aceptado como un tratamiento médico estándar para la condición que está siendo tratada; o
2. Requiere pero no ha recibido aprobación de una agencia federal o de gobierno al momento del servicio.

Tarjeta de Identificación - Una tarjeta emitida por el administrador del plan (IMG) que porta el nombre del miembro, identifica la membresía por número y puede contener información acerca de su cobertura.

Médicamente Necesario o Necesidad Médica – Servicios o suministros, provistos por un centro proveedor o un proveedor individual, que son requeridos para el tratamiento de una enfermedad, lesión condición de enfermedad o de ciencia y son:

1. Consistentes con su diagnóstico o síntomas;
2. Tratamiento adecuado, conforme a las normas generalmente aceptadas en la práctica médica;
3. No provistos únicamente para la conveniencia de usted o su proveedor;
4. No experimentales ni sin comprobar; y
5. No excesivos en alcance, duración o intensidad para proveer un tratamiento seguro, adecuado y apropiado. Todo servicio o suministro provisto en un centro proveedor no será considerado médicamente necesario si sus síntomas o condición indican que sería seguro proveer el servicio o suministro en un entorno menos exhaustivo.

Medicaid - El programa de la atención de salud para las personas que califican y no pueden financiar sus propios gastos médicos establecido en el Título XIX de la Ley de Seguridad Social de 1965, en su versión modificada.

Medicare - El programa de la atención de salud para los ancianos y discapacitados establecido en el Título XVIII de la Ley de Seguridad Social de 1965, en su versión modificada.

Paciente Ambulatorio - Una persona que es un paciente sin ser paciente hospitalizado en un centro proveedor.

Proveedor Preferente - Proveedores de servicio que han sido seleccionados o han decidido formar parte de una red preferente para trabajar con una aseguradora en ayuda al control de costos de los pacientes.

Condición Preexistente - Una condición preexistente es cualquier condición o enfermedad para la cual se brindó tratamiento médico o se realizó un diagnóstico, en o antes del inicio del servicio del miembro en el programa AmeriCorps NCCC.

> **Excepción:** El plan de salud cubrirá todas las condiciones por las cuales el servicio del miembro fue finalizado por razones médicas y luego fue reincorporado dentro de los siguientes 180 días.

Spike - Asignación a proyectos fuera de su campus regional de AmeriCorps NCCC y FEMA.

Usual, Habitual y Razonable (UHR) - Un monto típico y razonable de reembolso para servicios, medicamentos o suministros similares dentro de la zona en la que se incurrió el cargo. Al determinar el monto típico y razonable de reembolso, uno o más de los siguientes factores podrá ser tomado en consideración: el monto cobrado por el proveedor, el monto cobrado por proveedores similares o proveedores en la misma o similar ubicación; el monto reembolsado por otros pagadores para el mismo o comparable servicio, medicamentos o suministros en la misma o similar ubicación. Cuando los cargos cubiertos se fundamentan en la asignación UHR, el Plan de Beneficios de Salud de AmeriCorps NCCC pagará la asignación UHR o los cargos facturados, lo que sea menor.

¡Gracias por su servicio a las comunidades de bajos recursos de los Estados Unidos!

P.O. Box 21605, Eagan, MN 55121
Teléfono: 1.855.851.2974 | Fax: 1.855.851.2971 | Email: NCCCcare@imglobal.com

https://americorpsnccc.imglobal.com