



BENEFICIOS DE SALUD

Preguntas Frecuentes



ELEGIBILIDAD Y INSCRIPCIÓN

¿Cuáles son las criterios de elegibilidad para aplicar Seguro de salud y visión?

Salud y visión: los registros de fechas deben mostrar que usted está autorizado y que le pagaron para trabajar con un mínimo de 25 horas durante los 2 meses consecutivos más actuales.

¿Dónde puedo obtener una solicitud?

Si necesita una solicitud porque no se inscribió por primera vez o no recibió una solicitud automáticamente:

- Llame al **415-243-4477**
- Envíe un correo electrónico a info@sfihsspa.org y solicite que le enviemos uno. Las aplicaciones están disponibles en chino, español, inglés, ruso, tagalo y vietnamita.

¿Hay una fecha límite para la solicitud si quiero que el seguro comience el próximo mes?

Sí, nuestra fecha límite mensual es el 12 de cada mes.

¿Cuánto tiempo transcurre después de presentar mi solicitud para que comience mi seguro?

Una vez que haya cumplido con los requisitos de elegibilidad, su cobertura puede demorar hasta 60 días.

¿Qué sucede si no recibo mi tarjeta de identificación?

Comuníquese con SFHP Healthy Worker si no recibió su tarjeta de identificación dentro de los 60 días posteriores a la presentación de su solicitud para verificar el estado.

¿Puedo agregar cónyuge o dependientes a mi seguro?

- Salud y visión: NO (esta es una cobertura exclusiva para empleados)

¿Me inscribiré automáticamente?

No, no se inscribirá automáticamente.

¿Cómo me inscribo para el seguro?

Los proveedores recién elegibles recibirán automáticamente paquetes de inscripción.

¿Cómo elijo un médico?

Solo la persona cubierta por el seguro puede elegir el médico adecuado para ellos. Si necesita ayuda para seleccionar un médico: consulte el directorio de proveedores o visite el sitio web “Encontrar un proveedor” de SFHP para filtrar a los médicos por ubicación, idioma y especialidad:

<https://www.sfhp.org/programs/healthy-workers/find-a-provider/>

¿Cómo sé que estoy inscrito después de enviar la solicitud?

Cuando esté inscrito, recibirá una tarjeta de identificación de la compañía de seguros que le dará la bienvenida al plan. Debe esperar hasta recibir estos paquetes para obtener servicios.

Si estoy inscrito en HW ¿puedo cambiar mi clínica o solicitar una tarjeta de reemplazo?

Sí, puede cambiar de clínica en cualquier momento o solicitar una tarjeta de reemplazo. Simplemente comuníquese con SFHP y un representante cambiará su clínica y le enviará una nueva tarjeta o una tarjeta de reemplazo.

PRIMAS

¿Qué es una prima de seguro? ¿Cómo pagaré mis primas?

Una prima de seguro es la cantidad de dinero que un individual paga por una póliza de seguro. Es una tarifa mensual.

Las contribuciones de la prima se deducirán de su segundo cheque de pago cada mes.

¿Cuánto cuestan las primas?

- Salud y visión: \$ 3 / mes

FORMAS / INFORMACIÓN

Necesito cambiar la información para mis beneficios. ¿Cómo hago esto?

Si necesita cambiar su información, debe comunicarse con IPAC al [415-557-6200](tel:415-557-6200), ubicado en 2 Gough Street, SF, CA 94103. Deberá proporcionar documentación para los cambios.

Necesito llenar mi formulario L564 para solicitar Medicare. ¿Quién puede llenarlo?

Los proveedores pueden enviar por correo el formulario L564 a SF IHSS PA en 832 Folsom Street 9th floor, SF, CA 94107. El formulario se devolverá por correo dentro de 2 días de trabajo una vez recibido.

TERMINACIÓN DE SEGURO

¿Cuánto tiempo recibiré los beneficios del seguro?

Los planes de beneficios que seleccione continuarán mientras trabaje para la IHSS en San Francisco. Si trabaja menos de 25 horas durante dos o más meses consecutivos, perderá la elegibilidad para todos los beneficios. Se le enviará una carta de advertencia un mes antes de la fecha de finalización.

¿Puedo cancelar voluntariamente mi seguro?

Puede solicitar la cancelación de beneficios de salud completando un formulario de solicitud de cancelación. Si la Autoridad Pública recibió el formulario antes del día 12 del mes, su seguro será cancelado a partir del primer día del mes siguiente. Si canceló el seguro de salud, puede volver a solicitarlo en cualquier momento.

¿Mi Consumidor estuvo en el hospital durante dos semanas y no me pagaron, ¿perderé mis beneficios de salud?

Si tiene un período de menos de 25 horas en cualquier mes, recibirá una carta de advertencia; sin embargo, si le pagan 25 horas o más al mes siguiente, sus beneficios no se verán afectados. Perderá sus beneficios si le pagan menos de 25 horas en tres meses consecutivos.

Recuerde: ¡Su elegibilidad podría estar en peligro si no entrega sus planillas de trabajo a tiempo! Basamos su elegibilidad en datos de horas pagas y la fecha de emisión del cheque, no las horas trabajadas. Envíe sus hojas de tiempo tan pronto como finalice el período de pago.

¿Cómo restituyo mi seguro antes de que se descontinúe?

Si trabajó y recibió el pago por un mínimo de 25 horas antes de que finalice el seguro, debe comunicarse con el número en la carta de advertencia dentro de los 30 días a partir de la fecha de finalización para la restitución.

Necesita el 1095B (prueba de seguro)?

SFHP enviará por correo el formulario 1095B alrededor de Marzo de cada año.

¿Cómo puedo recuperar mi cobertura de salud si la pierdo?

Si pierde sus beneficios, debe volver a inscribirse. Una vez que se cumplan las criterios, puede volver a aplicar nuevamente.

Si pierdo mi elegibilidad, ¿puedo comprar cobertura?

Sí, se le ofrecerá COBRA cuando finalice el seguro. Tenemos WageWorks como nuestro administrador de COBRA. Recibirá automáticamente el paquete COBRA cuando finalice su seguro.

PARA MÁS INFORMACIÓN:

¿Con quién me comunico si tengo preguntas sobre elegibilidad?

Autoridad Pública de San Francisco IHSS, Coordinadora de Beneficios Betty Hom al [415-593-8125](tel:415-593-8125).

Cualquier cosa sobre servicios, coberturas, clínicas de cambio y contacto de farmacia:

SFHP Healthy Workers: [415-547-7800](tel:415-547-7800)

- VSP (Vision Service Plan): [800-877-7195](tel:800-877-7195)
- WageWorks Cobra: [888-678-4881](tel:888-678-4881)

¿TIENE UNA PREGUNTA RÁPIDA SOBRE LOS BENEFICIOS?

Puede enviar su pregunta por mensaje de texto al **415-593-8125**.

Deje tiempo para una respuesta.

Al enviar un mensaje de texto, ha aceptado que su número de teléfono se utilizará para las notificaciones de mensajes SMS enviadas por la Autoridad Pública de San Francisco IHSS. Se pueden aplicar tarifas por mensajes y datos.