

ACCEDA A SUS BENEFICIOS DEL FONDO DE REEMBOLSO DE CCPU



TRICARE

Su guía para aprovechar al máximo los beneficios con la cobertura de TRICARE Prime, TRICARE Select, TRICARE Reserve Select, TRICARE Retired Reserve, y TRICARE for Life (COB).



REQUISITOS DE ELEGIBILIDAD DEL PROGRAMA

A continuación se detallan los tres criterios que debe cumplir para ser elegible para los beneficios de este programa:

1 CUIDAR NIÑOS SUBSIDIADO POR EL ESTADO

A los proveedores se les debe pagar por el cuidado de un niño subsidiado por el estado para poder calificar para este beneficio. Para calificar inicialmente, un proveedor debe haber recibido un pago por el cuidado de un niño que ha recibido subsidio estatal durante tres meses en un período de seis meses, según los períodos retroactivos del programa. Para permanecer inscrito en este programa después de la elegibilidad inicial, un proveedor debe seguir recibiendo pagos por el cuidado de un niño subsidiado durante uno de cada tres meses, según el período de revisión de elegibilidad continua del programa.

| Para una fecha de elegibilidad inicial de: | Período retrospectivo (debe haber trabajado con un niño subsidiado durante al menos 3 de los 6 meses del período): |
|--|--|
| Enero 1 | Del 1 de abril al 30 de septiembre del año anterior. |
| Abril 1 | Del 1 de julio al 31 de diciembre del año anterior. |
| Julio 1 | Del 1 de octubre del año anterior hasta el 31 de marzo del año en curso. |
| Octubre 1 | Del 1 de enero al 30 de junio del año en curso. |

2 ESTAR INSCRITO EN UN PLAN DE SALUD CALIFICADO

Este programa NO es un seguro médico, sino un beneficio que funciona con su seguro médico. Para ser elegible, un proveedor debe estar inscrito en uno de los siguientes tipos de planes de salud: HMO nivel Plata en Covered California, Medi-Cal, Medi-Cal y Medicare (Medi-Medi), Medicare Advantage, Seguro Médico patrocinado por una empresa (como empleado, cónyuge o dependiente), Administración de Veteranos, TRICARE (Prime, Select, Reserve Select, Retired Reserve), TRICARE for Life y HMO de nivel Plata de un seguro directo (si no es elegible para Covered California).

3 ENVIAR UNA SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN AL PROGRAMA

Este programa está diseñado exclusivamente para proveedores de cuidado infantil en el estado de California. Para que se revise su información y se determine su elegibilidad, debe enviar una solicitud en línea o en papel. Vaya directamente a www.ccpuhealth.org/apply.

TRICARE ESPECÍFICOS REEMBOLSO



REEMBOLSO DE PRIMA

Los proveedores inscritos en TRICARE Prime, TRICARE Select, TRICARE Reserve Select y TRICARE Retired Reserve recibirán hasta \$100 al mes para ayudar a pagar su prima. Los proveedores inscritos en TRICARE for Life (COB) son elegibles para recibir un reembolso de la Parte B de Medicare hasta \$174.80/mes por la prima. Estos fondos deben gastarse en gastos elegibles y **no pueden** retirarse en efectivo.



REEMBOLSO DE PAGOS

Los proveedores son elegibles para recibir anualmente \$9,450 para pagar sus gastos de atención médica elegibles. Como regla general, estos fondos pueden usarse para reembolsar copagos, coseguros y deducibles, así como copagos, coseguros y deducibles de medicamentos recetados. No se puede utilizar para cubrir ningún servicio o cargo no cubierto por su seguro. Debe considerarse un gasto elegible para ser aprobado.



TARJETA DE DÉBITO

Los proveedores aprobados para el Fondo de Reembolso de Atención Médica recibirán una tarjeta de débito para acceder a sus beneficios. Esto significa que puede usar su tarjeta de beneficios para gastos elegibles en el momento del servicio para evitar gastar su propio dinero. Es importante que obtenga y conserve los recibos adecuados en caso de que necesite proporcionar un recibo de sus compras.



SOLICITUD DE REEMBOLSO

Los proveedores aprobados por el Fondo de Reembolso de Atención Médica también pueden solicitar el reembolso de los gastos elegibles que pagaron de su bolsillo. Si hizo un copago por visita al consultorio de su propio bolsillo, puede solicitar que se le reembolse mediante depósito directo o cheque. La fecha del servicio debe ser durante el tiempo que estuvo inscrito en este programa. Recuerde conservar siempre sus recibos.



BENEFICIOS DENTALES Y DE LA VISIÓN DE CCPU

Todos los proveedores aprobados por el plan de Beneficios de Reembolso de Atención Médica serán inscritos automáticamente en un plan Dental y de Visión a través de MetLife, sin costo alguno.



SOLICITUD EN LÍNEA

LA SOLICITUD EN LÍNEA CCPU

La solicitud en línea de CCPU es la forma más rápida y sencilla de solicitar los beneficios del programa. Puede visitar el sitio web www.ccpuhealth.org y seleccionar “Iniciar sesión” o “Solicitar ahora” para registrarse y enviar su solicitud en línea.

LO QUE NECESITA ANTES DE EMPEZAR

Para completar su solicitud, necesitará la siguiente información:



INFORMACIÓN DE PERFIL SOBRE USTED COMO PROVEEDOR

Dirección de correo electrónico única*

Número de teléfono único*



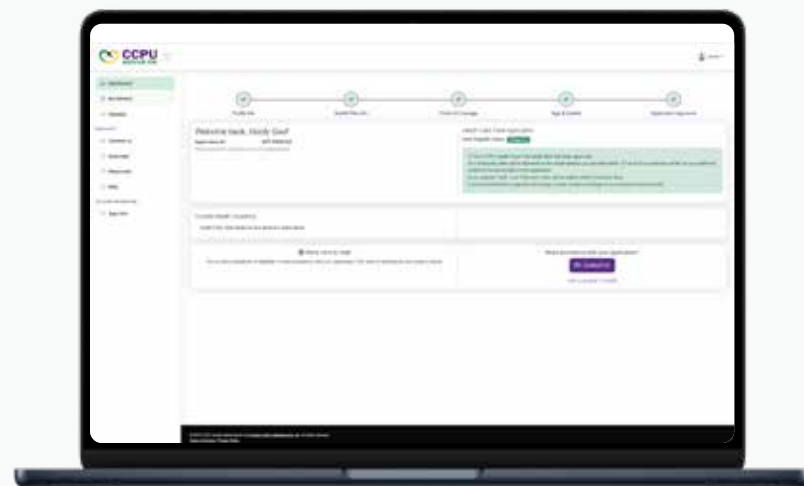
INFORMACIÓN SOBRE SU PLAN DE SEGURO MÉDICO

Nombre de la compañía de seguros (Tricare)



UNA COPIA DEL COMPROBANTE DE COBERTURA DE SU PLAN DE SALUD**

*La dirección de correo electrónico y el número de teléfono no puede ser usado por otro proveedor. **Esta documentación debe proporcionar detalles que verifiquen su **nombre** como titular de la póliza o miembro cubierto, **el nombre de su plan** de atención médica, el **período de cobertura** y el **monto de la prima** (si corresponde). Información sobre los materiales necesarios (correo electrónico y teléfono únicos; comprobante de cobertura, información de licencia, si corresponde)



¡Solicítalo ya!

CCPUHEALTH.ORG

PROCESAMIENTO DE LA SOLICITUD

Una vez que se haya recibido su solicitud, el equipo generalmente tarda tres días hábiles en revisarla. Es importante que revise la bandeja de entrada de su correo electrónico y su teléfono para cualquier comunicación sobre el estado de su solicitud, y cualquier solicitud de información adicional. Una vez que se procese su solicitud, recibirá una carta formal detallando su estado dentro de los tres días hábiles a partir de la aprobación o rechazo.

RECURSOS

GUÍAS FORMULARIOS Y PREGUNTAS FRECUENTES

FORMULARIOS

Visite el menú de Recursos de www.ccpuhealth.org para acceder a documentos importantes.

GUÍA RÁPIDA DE DOCUMENTACIÓN ACEPTABLE

SOLICITUD AL FONDO DE ATENCIÓN MÉDICA CCPU

FORMULARIO DE SOLICITUD DE REEMBOLSO DE CCPU

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN DEL FONDO DE ATENCIÓN MÉDICA DE CCPU (INGLÉS)

GUÍA DE INICIO RÁPIDO DEL PORTAL DEL CONSUMIDOR DE CCPU HEALTH CARE FUND (INGLÉS)

AYUDA PARA CAMBIAR SU PLAN DE SALUD CALIFICADO

Si necesita ayuda para cambiar su plan de salud o tiene preguntas sobre sus opciones de seguro médico, puede comunicarse con un especialista en inscripción para que lo ayude a tomar una decisión bien fundamentada.

➤ Visite: www.ccpuhealth.org/help-enrolling/ para ver una lista de corredores de seguros que pueden ayudarlo sin costo alguno.

PREGUNTAS FRECUENTES

Si tiene alguna pregunta, tenemos respuestas a Preguntas Frecuentes en el sitio web para ayudarlo. Cubrimos temas como la Solicitud, Beneficios, Planes de Salud Calificados, Elegibilidad, Reembolso y Tarjeta de Débito.

➤ Visite www.ccpuhealth.org/faq/ para revisarlo.

Para obtener orientación adicional sobre el programa de Reembolso de Atención Médica de CCPU, revise la guía del plan que se encuentra [aquí](#).

DOCUMENTACIÓN ACEPTABLE PRUEBA DE COBERTURA

¿QUÉ SE NECESITA PARA SER ACEPTADO?

NOMBRE DEL PROVEEDOR:

Necesitamos asociar el documento con el proveedor que busca beneficios.

FECHA DE VIGENCIA DEL PLAN DE SALUD CALIFICADO:

Esto afecta la posible fecha de inicio del beneficio del Fondo de Reembolso de CCPU.

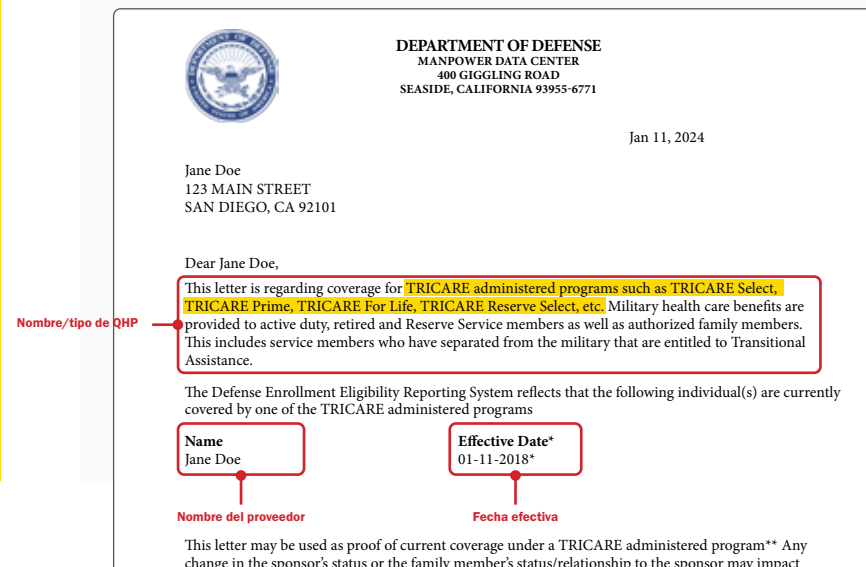
EL NOMBRE/TIPO DE PLAN DE SALUD CALIFICADO:

Este programa tiene un conjunto específico de planes que son elegibles y tenemos que confirmar que el proveedor esté inscrito en uno.

PRIMA:

Necesitamos ver que la prima se ha pagado en los planes elegibles para el reembolso de prima.

Nota: Si paga una prima por la cobertura de su Plan de Salud Tricare, deberá presentar un documento que también muestre su prima mensual.



DEPARTMENT OF DEFENSE
MANPOWER DATA CENTER
400 GIGGLING ROAD
SEASIDE, CALIFORNIA 93955-6771

Jan 11, 2024

Jane Doe
123 MAIN STREET
SAN DIEGO, CA 92101

Dear Jane Doe,

This letter is regarding coverage for TRICARE administered programs such as TRICARE Select, TRICARE Prime, TRICARE For Life, TRICARE Reserve Select, etc. Military health care benefits are provided to active duty, retired and Reserve Service members as well as authorized family members. This includes service members who have separated from the military that are entitled to Transitional Assistance.

The Defense Enrollment Eligibility Reporting System reflects that the following individual(s) are currently covered by one of the TRICARE administered programs

| Name | Effective Date* |
|----------|-----------------|
| Jane Doe | 01-11-2018* |

Nombre del proveedor *Fecha efectiva*

This letter may be used as proof of current coverage under a TRICARE administered program** Any change in the sponsor's status or the family member's status/relationship to the sponsor may impact

¿QUÉ SE REQUIERE PARA SER ACEPTADO?

NOMBRE DEL PROVEEDOR

Necesitamos asociar el documento con el proveedor que solicita el reembolso.

FECHA DEL SERVICIO/COMPRA DE BIENES:

Debemos confirmar que el pago es por servicios incurridos en el año del plan actual, y en o después de la fecha de vigencia del beneficio para el proveedor.

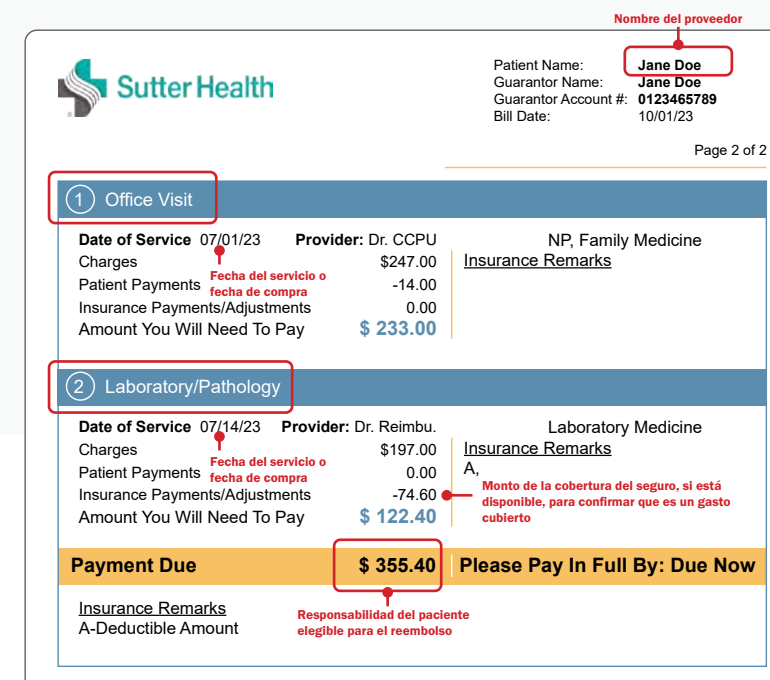
PARA QUÉ SE PAGÓ EL DINERO:

Este programa tiene un conjunto específico de gastos elegibles según el tipo de beneficios que usted tenga. Necesitamos tener prueba de que el proveedor pagó por los servicios/bienes cubiertos por su plan de seguro médico.

Nota: NUNCA necesitamos su diagnóstico médico. Necesitamos ver que los cargos fueron por un gasto elegible: Receta cubierta, copago, coseguro, deducible, etc.

CANTIDAD:

Necesitamos ver la cantidad necesaria para el reembolso.



Sutter Health

Patient Name: Jane Doe
Guarantor Name: Jane Doe
Guarantor Account #: 0123465789
Bill Date: 10/01/23

Page 2 of 2

Nombre del proveedor

1 Office Visit

| Date of Service | Provider | Charges | Insurance Remarks |
|-----------------|----------|--------------------------------|---------------------|
| 07/01/23 | Dr. CCPU | \$247.00 | NP, Family Medicine |
| | | Patient Payments | -14.00 |
| | | Insurance Payments/Adjustments | 0.00 |
| | | Amount You Will Need To Pay | \$ 233.00 |

2 Laboratory/Pathology

| Date of Service | Provider | Charges | Insurance Remarks |
|-----------------|-------------|--------------------------------|---------------------|
| 07/14/23 | Dr. Reimbu. | \$197.00 | Laboratory Medicine |
| | | Patient Payments | 0.00 |
| | | Insurance Payments/Adjustments | -74.60 |
| | | Amount You Will Need To Pay | \$ 122.40 |

Monto de la cobertura del seguro, si está disponible, para confirmar que es un gasto cubierto

Responsabilidad del paciente elegible para el reembolso

Payment Due \$ 355.40 Please Pay In Full By: Due Now

Insurance Remarks A-Deductible Amount

DOCUMENTACIÓN ACEPTABLE RECIBOS DE REEMBOLSO

QUIENES SOMOS

Child Care Providers United (“CCPU”) ganó \$100 millones para que los proveedores de cuidado infantil elegibles reduzcan o eliminen sus costos de atención médica. Estos beneficios son proporcionados por Child Care Providers United California Workers Health Care Fund (el “CCPU Health Care Fund”), un fideicomiso de atención médica regido por la Junta Directiva, quienes son designados por SEIU Local 521, SEIU Local 99 y United Domestic Workers/AFSCME Local 3930.



CONTÁCTENOS

Child Care Providers United
– **California Workers Health Care Fund**
P.O. Box 57027, Irvine, CA 92619

Correo electrónico:
support@ccpuhealth.org

Sitio web: ccpuhealth.org

