

**SAN FRANCISCO
HEALTH PLAN™**



Here for you

Evidencia de Cobertura y Formulario de Divulgación Combinados

2019 San Francisco Health Plan



Otros Idiomas y Formatos

Puede solicitar este documento en otros formatos como Braille, letra grande y audio. Para solicitar otros formatos o para solicitar ayuda con la lectura de este documento y otros materiales de SFHP, llame a Atención al Cliente al **1(415) 547-7800** o al número de llamada gratuita al **1(800) 288-5555**. Si tiene una deficiencia auditiva, llame a la línea TDD/TTY al **1(415) 547-7830**, número de llamada gratuita al **1(888) 883-7347** o a través de California Relay Service al **711**.



ENGLISH - ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1(415) 547-7800 (TTY: 1(415) 547-7830).

ملحوظة: إذا كنت تتحدث انكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان.
عبرع (ARABIC) - اتصل برقم 1 ىلع طغضا، 1(415) 547-7800 (رقم هاتف الصم والبكم: 1(415) 547-7830).

Հայ (ARMENIAN) - ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ՝ Եթե խոսում եք հայերեն, ապա ձեզ անվճար կարող են տրամադրվել լեզվական աջակցության ծառայություններ: Չանգահարեք 1(415) 547-7800, Սեղմեք 1(TTY (հեռատիպ)՝ 1(415) 547-7830)

中文 (CHINESE) - 注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。
請致電 1(415) 547-7800, 按 2 (TTY : 1(415) 547-7830) 。

हिंदी (HINDI) - ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 1(415) 547-7800, दबाएँ 1 (TTY: 1(415) 547-7830) पर कॉल करें।

HMOOB (HMONG) - LUS CEEV: Yog tias koj hais lus Hmoob, cov kev pab txog lus, muaj kev pab dawb rau koj. Hu rau 1(415) 547-7800, Nias 1 (TTY: 1(415) 547-7830).

日本語 (JAPANESE) - 注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。
1(415) 547-7800, を押してください 1 (TTY:1(415) 547-7830) まで、お電話にてご連絡ください。

한국어 (KOREAN) - 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다.
1(415) 547-7800, 다음 번호를 누르십시오 1 (TTY:1(415) 547-7830) 번으로 전화해 주십시오.

កម្ពុជា (CAMBODIAN) - ប្រយ័ត្ន៖ បើសិនជាអ្នកនិយាយ ភាសាខ្មែរ, សំរាប់ជំនួយផ្លូវភាសា ដោយមិនគិតលុយ គឺអាចមានសំរាប់ប្រើអ្នក។ ចូរ ទូរស័ព្ទ 1(415) 547-7800, ចុច 1(TTY:1(415) 547-7830)។

فارسی (FARSI) - توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد.
با 1 دی دی راش فدیدی هد راش ف 1(415) 547-7800 (YTT: 1(415) 547-7830) تماس بگیرید.

ພາສາລາວ (LAO) - ໂບດຊາບ: ຖ້າວ່າ ທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່ເສັຽຄ່າ, ແມ່ນມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ໂທ 1(415)547-7800 (TTY: 1(415) 547-7830).

ਪੰਜਾਬੀ (PUNJABI) - ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਭਾਸ਼ਾ ਵੱਚਿ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹੈ।
1(415) 547-7800, ਦਬਾਓ 1 (TTY:1(415) 547-7830) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

РУССКИЙ (RUSSIAN) - ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1(415) 547-7800, Нажмите 4, затем нажмите 2 (телетайп: 1(415) 547-7830).

ESPAÑOL (SPANISH) - ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1(415) 547-7800, Prensa 3 (TTY: 1(415) 547-7830).

TAGALOG (TAGALOG) - PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1(415) 547-7800, Pindutin 1 (TTY: 1(415) 547-7830).

ไทย (THAI) - ระวัง: ถ้าคุณพูดภาษาไทยคุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร 1(415) 547-7800, กด 1 (TTY: 1(415) 547-7830).

TIẾNG VIỆT (VIETNAMESE) - CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1(415) 547-7800, Nhấn số 4, sau đó nhấn số 3 (TTY: 1(415) 547-7830).

Aviso De No Discriminación

La discriminación es en contra de la ley. San Francisco Health Plan (SFHP) sigue las leyes de derechos civiles federales. SFHP no discrimina, excluye a personas ni las trata de manera diferente debido a la raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

SFHP ofrece:

- Ayuda gratuita y servicios a las personas con discapacidades para comunicarse mejor con nosotros, como:
 - Intérpretes de lenguaje de señas calificados
 - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Servicios gratuitos de idiomas para las personas cuyo idioma primario no es el inglés, como:
 - Intérpretes calificados
 - Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, comuníquese a Servicio al Cliente de SFHP, de 8:30am – 5:30pm de lunes a viernes, llamando al **1(415) 547-7800** o **1(800) 288-5555** (llamada gratuita). O bien, si no puede escuchar o hablar bien, llame al TTY/TDD **1(415) 547-7800** o **1(888) 883-7347** (llamada gratuita).

CÓMO PRESENTAR UNA QUEJA

Si considera que SFHP no le proporcionó estos servicios o lo discriminó de otra manera por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja a SFHP. Puede presentar una queja por teléfono, por escrito, en persona o electrónicamente:

- Por teléfono: Comuníquese a SFHP de 8:30am – 5:30pm, de lunes a viernes, llamando al **1(415) 547-7800** o **1(800) 288-5555** (llamada gratuita). O bien, si no puede escuchar o hablar bien, llame al TTY/TDD **1(415) 547-7830** o **1(888) 883-7347** (llamada gratuita).
- Por escrito: Llene un formulario de queja o escriba una carta y envíela a:

San Francisco Health Plan
P.O. Box 194247
San Francisco, CA 94119

- En persona: Visite al consultorio de su médico o el Centro de Servicios de SFHP y diga que desea presentar una queja. El Centro de Servicios de SFHP se ubica en 7 Spring Street, San Francisco, CA 94104.
- Electrónicamente: Visite el sitio web de SFHP en **sfhp.org**.



OFICINA DE DERECHOS CIVILES

Usted también puede presentar un reclamo de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de U.S., por teléfono, por escrito o por vía electrónica:

- Por teléfono: Llame al **1(800) 368-1019**. Si no puede escuchar o hablar bien, llame al TTY/TDD **1(800) 537-7697**.
- Por escrito: Llene un formulario de queja o envíe una carta a:
 - U.S. Department of Health and Human Services
 - 200 Independence Avenue SW
 - Room 509F, HHH Building
 - Washington, D.C. 20201
- Los formularios de reclamo se encuentran disponibles en **hhs.gov/ocr/office/file/index.html**.
- Electrónicamente: Visite el portal de reclamos de la Oficina de Derechos Civiles en **ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf**.



Índice

Otros Idiomas y Formatos	2
Aviso De No Discriminación	4
Índice.....	6
1. Introducción.....	10
Acerca de su Manual de Miembro de SFHP.....	10
Cómo Funciona la Atención Administrada.....	10
Elegibilidad.....	10
¿A quién debo llamar?.....	10
Ayuda en Otros Idiomas y Para Personas Con Deficiencias Auditivas.....	11
Su Tarjeta de Identificación de Miembro.....	12
2. Elegir su Proveedor de Atención Primaria	13
¿Qué es un Proveedor de Atención Primaria (PCP)?	13
¿Dónde Trabajan los PCP?	13
El Grupo médico de su PCP	14
Selección de su PCP.....	14
Cambio de su PCP	14
3. Cómo Obtener Atención con su Nuevo Plan de Salud	15
Cómo Obtener Atención Médica	15
Atención Especializada.....	15
Segundas Opiniones	15
Servicios de Farmacia	15
Proceso de Autorización Previa	16
Atención Hospitalaria.....	17
Atención médica de emergencia	17
Atención de Urgencia Después del Horario Regular y Durante los Fines de Semana.....	18
Teladoc®	18

Línea de Asesoramiento de Enfermeras	18
Atención Médica Lejos de Casa.....	18
Atención Visual y Dental.....	19
Acceso Oportuno a la Atención	19
Tipo de Cita	19
Tiempo de Espera Estándar	19

4. Servicios y Cargos del Plan de Salud	21
Primas Anuales.....	21
Otros Cargos (Copagos)	21
Reembolso de Reclamos por Servicios de Emergencia	22
Servicios con Cobertura	22
Responsabilidades de los Miembros.....	22
Vínculos con Otros Programas de Beneficio y Coordinación de Servicios	23
Servicios Para Niños (CCS)	24
Atención de Salud Mental:.....	25
5. Problemas, Quejas y Reclamos	26
Cambio de Proveedor de Atención Primaria y de Grupos Médicos.....	26
Solución de Problemas	26
El Proceso de Quejas/Reclamos	26
6. Resumen de Beneficios del Programa Healthy Kids HMO	27
Evidencia de Cobertura/Formulario de Divulgación Combinados y Acuerdo del Plan	40
Evidencia de Cobertura y Formulario de Divulgación.....	40
Acerca del San Francisco Health Plan (SFHP).....	40
Elegibilidad e Inscripción.....	41
A. Disponibilidad de Fondos Para el Programa.....	41
B. Requisitos de Elegibilidad del Miembro	41
C. Proceso de Solicitud	41



D. Fecha de Inicio de la Cobertura de los Miembros.....	41	Cómo Utilizar SFHP.....	55
E. Revisión Anual de la Elegibilidad de los Miembros.....	41	Autorización de servicios.....	55
F. Notificación de Cambios en la Elegibilidad.....	42	Segundas Opiniones.....	56
G. Cambios Relevantes en la Afiliación.....	42	Referencias con Especialistas.....	57
Responsabilidades Financieras del Miembro.....	42	Acceso directo a Ginecólogos/Obstetras (OB/GYN).....	57
Primas Anuales.....	42	Atención Médica de Emergencia.....	57
Copagos y Límites de los Copagos.....	42	Atención de Urgencia Fuera del Horario Regular y Durante los Dines de Semana.....	58
Reembolso de Reclamos por Servicios de Emergencia.....	43	Atención Posestabilización y de Seguimiento Después de una Emergencia.....	59
Acceso Para Discapacitados.....	44	Beneficios del SFHP.....	59
Acceso Físico.....	44	A. Vínculos con otros Programas de Beneficio y Coordinación de Servicios.....	60
Acceso Para Personas con Impedimento Visual.....	44	B. Servicios de Salud Preventivos.....	63
Ayuda en Otros Idiomas y Para Personas con Deficiencias Auditivas.....	44	C. Servicios Profesionales.....	65
Derechos y Responsabilidades del Miembro.....	44	D. Atención del Embarazo y Maternidad (Prenatal).....	65
Derechos del Miembro.....	44	E. Planificación Familiar.....	66
Responsabilidades del Miembro.....	45	F. Servicios de Aborto.....	66
Definiciones.....	46	G. Tratamiento de Infertilidad.....	66
Selección de Médicos y Centros de Salud.....	54	H. Centros de Salud.....	66
Selección de un PCP.....	54	I. Servicios de Atención Médica en el Hogar.....	70
Cambio de su PCP o Grupo Médico.....	55	J. Atención en Centro de Cuidados Paliativos.....	71
Programación de Citas.....	55	K. Beneficios de Terapia de Corto Plazo..	71
Una relación positiva con su PCP.....	55	L. Estudios Clínicos de Cáncer.....	71
		M. Medicamentos con Receta.....	72



Índice

N. Equipo Médico Duradero.....	75	2. Beneficios Restaurativos, de Cirugía Oral, Endodoncia y Periodoncia.....	84
O. Equipo Ortopédico y Protésico	75	3. Beneficios de Coronas y Puentes Fijos.....	85
P. Educación de la Salud.....	76	4. Beneficios de Prótesis Desmontables ..	85
Q. Atención de la Audición.....	76	5. Beneficios de Ortodoncia.....	85
R. Beneficios de Trasplante de Órganos	76	6. Otros Beneficios Dentales	85
S. Cirugía Cosmética y Reconstructiva.....	77	L. Exclusiones y Limitaciones de los Beneficios Dentales	85
T. Tratamiento por Abuso de Sustancias o Alcohol.....	78	M. Reclamo de Beneficios Dentales	88
U. Atención de Salud Mental.....	78	Beneficios de la Vista.....	90
V. Servicios de Emergencia	80	A. Beneficios de la Vista.....	90
W. Hospitalización de Emergencia	80	B. Exclusiones y Limitaciones de los Beneficios Visuales.....	92
X. Servicios de Transporte médico.....	81	C. Responsabilidades de Pago.....	92
Y. Cirugía de Cambio de Sexo.....	81	D. Disposiciones para Servicios de Salud Visual Fuera de la Red.....	92
Beneficios Dentales.....	81	E. Apelación de Reclamos Para la Vista ..	93
A. Elección de Médico y Proveedor	82	F. Reclamos de Beneficios de la Vista	93
B. Programación de Citas	82	G. Cargos	93
C. Referencias con Especialistas	82	H. Cambios en los Beneficios del Programa de la Vista	93
D. Cambio de Dentista.....	82	Exclusiones y Limitaciones.....	94
E. Segundas Opiniones	82	A. Exclusiones y Limitaciones Generales	94
F. Servicios de Atención Dental de Emergencia o de Urgencia.....	83	B. Exclusiones y Limitaciones Específicas	94
G. Cómo Obtener Servicios Dentales de Emergencia o de Urgencia.....	83	Coordinación de Beneficios y Responsabilidades de Terceros	97
H. Atención de Seguimiento.....	83	A. Coordinación de Beneficios.....	97
I. Servicios Dentales Sin Cobertura.....	84	B. Responsabilidad de Terceros.....	98
J. Responsabilidades de Pago	84	Cambios de los Beneficios, Cancelación de la Afiliación y Cancelación	98
K. Sus Beneficios Dentales.....	84		
1. Beneficios de Diagnósticos y Preventivos.....	84		



A. Derecho de San Francisco Health Plan para Cambiar los Beneficios y los Cargos	98	H. Reclamos ante el Departamento de Atención Médica Administrada	104
B. Cancelación de la Inscripción	98	I. Arbitraje de Disputas	105
C. Devolución de la Prima	100	Otras Disposiciones	106
D. Derecho de la Persona a la Cancelación	100	A. Participación en Pólizas Públicas	106
E. Revisión por el Departamento de Atención Médica Administrada	100	B. No Transferibles	106
Procedimientos de Reclamos y Apelaciones	100	C. Contratistas Independientes	106
A. Proceso de Reclamo	100	D. Continuidad de la Atención por parte de un Proveedor Cancelado	107
B. Revisión Médica Expedita y Apelaciones	102	E. Continuidad de la Atención de Nuevos Miembros por parte de Proveedores no Contratados	107
C. Cooperación de los Miembros en el Proceso de Quejas	102	F. Pago de Proveedores	108
D. A Dónde Escribir	102	G. Aviso de Prácticas de Información	108
E. Revisión Médica Independiente de Quejas que Involucran un Servicio de Atención Médica en Disputa	103	H. Participación en el Programa de Beneficios	109
F. Apelaciones de Medicamentos no Incluidos en el Formulario	104	I. Ley Aplicable	109
G. Experimental o de Investigación IMR	104	J. Desastres Naturales, Interrupciones y Limitaciones	109
		7. Vecindarios Que Cubre SFHP	110



1. Introducción

Acerca de su Manual de Miembro de SFHP

Su Manual de Miembro de SFHP contiene información importante. Le indica:

- Cómo elegir o cambiar a su médico, denominado su Proveedor de atención primaria (PCP).
- Cómo su PCP le ayuda a obtener atención primaria, especializada o de hospital.
- Qué debe hacer si tiene una pregunta o un problema.
- La información detallada acerca de sus beneficios y servicios se encuentra en las secciones de Resumen de beneficios y Evidencia de cobertura (EOC) de este manual.

Cómo Funciona la Atención Administrada

San Francisco Health Plan es un plan de atención administrada. En la atención administrada, su Proveedor de atención primaria (PCP), clínica, hospital y especialistas trabajan juntos para proporcionarle atención. Su PCP provee las necesidades básicas de atención médica. Su PCP es parte de un grupo médico. Un grupo médico está compuesto por especialistas y otros proveedores de servicios de atención médica. También hay un hospital relacionado con el grupo médico. Su PCP y el

grupo médico dirigen la atención de todas sus necesidades médicas. Esto incluye autorizaciones para acudir a especialistas, o para recibir servicios médicos, como pruebas de laboratorio, rayos X y/o atención en el hospital.

Elegibilidad

Si tiene dudas acerca de su elegibilidad, comuníquese con Servicio al Cliente al **1(415) 547-7800** (llamada local) o **1(800) 288-5555** (llamada gratuita), de lunes a viernes, de 8:30am a 5:30pm.

¿A quién debo llamar?

San Francisco Health Plan (SFHP) al **1(415) 547-7800** (local) o **1(800) 288-5555** o envíenos un correo electrónico al **memberservices@sfhp.org**:

- Para cambiar su PCP
- Obtener una nueva tarjeta de identificación de miembro.
- **Para informarnos sobre un cambio en su nombre, dirección, número de teléfono o número de seguro social**
- Hacer preguntas sobre la obtención de los servicios o los beneficios de salud.
- Hablar sobre un problema o presentar una queja.
- Si necesita ayuda con temas como nutrición, crianza de los hijos, lactancia materna u otros
- Averiguar cómo llegar al consultorio del PCP
- Si tiene problemas con la facturación de servicios médicos con SFHP



- Si desea verificar si cumple con los requisitos de SFHP
- Hacer cualquier pregunta que usted pueda tener

Llame a Teladoc® al **1(800) 835-2362** o visite **sfhp.org/teladoc**:

- Si no se puede comunicar con su médico o a la clínica durante el día o fuera del horario de atención.
- Para tener una consulta por teléfono o por video con un médico de Teladoc® con licencia de California.

El médico de Teladoc® puede tratar problemas médicos sencillos, indicarle que consulte con su médico regular para que reciba atención de seguimiento o evaluar si es necesario que vaya a la sala de emergencias o si necesita atención de urgencia. Los médicos de Teladoc® también pueden recetar determinados tipos de medicamentos, pero no sustancias controladas.

Este servicio es gratuito y está disponible para usted en su idioma, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Llame a la Línea de Asesoría de Enfermería de San Francisco Health Plan al **1(877) 977-3397**:

- Para hablar con una enfermera capacitada y certificada que le puede ayudar a responder sus preguntas de atención médica, le dé consejos y le indique que se dirija al centro de atención de urgencia si fuera necesario.

Este servicio es gratuito y está disponible para usted en su idioma, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Ayuda en Otros Idiomas y Para Personas Con Deficiencias Auditivas

Si prefiere hablar en un idioma que no sea inglés, nuestro equipo de Servicio al Cliente le puede ayudar. Ellos hablan otros idiomas y pueden ayudarle a encontrar un PCP que hable su idioma. Llame a Servicio al Cliente al **1(415) 547-7800** (llamada local) o **1(800) 288-5555** (llamada gratuita), de lunes a viernes, 8:30am a 5:30pm.

El Servicio al Cliente también utiliza el dispositivo de telecomunicaciones para sordos (TDD) y California Relay Services para ayudar a las personas con deficiencia auditiva. Para tener acceso a los servicios de TDD, llame al **1(415) 547-7830** (llamada local) o **1(888) 883-7347** (llamada gratuita).



Su Tarjeta de Identificación de Miembro

SFHP envía por correo una tarjeta de identificación de miembro a cada uno de los miembros del programa Healthy Kids HMO. Revise la información de la tarjeta de identificación de miembro para asegurarse de que esté correcta. Llame a Servicio al Cliente al **1(415) 547-7800** (llamada local) o **1(800) 288-5555** si:

- Hay algún error en la información
- Cambia de domicilio o cambia su información
- Perdió, le robaron o se dañó la tarjeta

Lleve siempre la tarjeta de identificación de miembro de manera que la tenga a mano cuando usted reciba atención. Debe mostrar la tarjeta de identificación de miembro en el consultorio del médico, la clínica, el hospital, la farmacia o en cualquier otro sitio donde se proporcionen servicios.

Su tarjeta de identificación de SFHP contiene información importante que incluye:

- El nombre de su PCP (o el nombre de su clínica)
- El número de teléfono de su PCP
- La Línea de Asesoramiento de Enfermeras de 24 horas de SFHP

La siguiente imagen muestra cómo es su tarjeta de identificación de miembro.



2. Elegir su Proveedor de Atención Primaria

¿Qué es un Proveedor de Atención Primaria (PCP)?

Un proveedor de atención primaria (PCP) es su médico familiar o profesional médico. Su PCP trabaja con usted para mantenerlo saludable. Un PCP le proporcionará toda la atención médica básica, que incluye:

- Exámenes médicos de bienestar y servicios preventivos, como inmunizaciones (vacunas), pruebas de audición y resultados de laboratorio;
- Atención médica en caso de enfermedad o lesiones
- Ayuda con problemas crónicos actuales de salud como asma, alergias o diabetes.

También, el PCP le enviará (referirá) con un especialista y coordinará la atención hospitalaria si es necesario.

Cuando considere que necesita atención médica, llame primero a su PCP, a menos que se trate de una emergencia. Su PCP, o proveedor sustituto, le aconsejará lo que debe hacer. Su PCP, o un proveedor sustituto, está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Si necesita atención, su PCP le proporcionará el tratamiento o lo referirá a un especialista o tramitará su hospitalización. El número de teléfono de su PCP aparece en la tarjeta de identificación de miembro.

¿Qué Tipo de Médico Puede ser un PCP?

Su PCP puede ser un médico que trabaje en:

- Pediatría: atención médica para niños
- Medicina general: atención médica para toda la familia
- Medicina familiar: atención médica para toda la familia
- Medicina interna: atención médica para adultos
- Gineco-obstetricia (OB/GYN): atención médica para la mujer y el embarazo

¿Dónde Trabajan los PCP?

Su PCP puede trabajar en:

- Clínica privada
- Centro de salud
- Clínicas de hospital
- Centros de Salud Calificados a Nivel Federal
- Centros de Servicios de Salud de Indígenas Americanos



El Grupo médico de su PCP

Cada PCP y clínica de SFHP son parte de un grupo médico. Un grupo médico está formado por muchos médicos y otros proveedores de atención médica que trabajan juntos. Cada grupo médico trabaja con un hospital en particular.

Cuando usted elige un PCP, también está eligiendo a los especialistas del grupo médico del PCP y al hospital con el que trabaja. Su PCP lo referirá con dichos especialistas para la mayoría de la atención especializada.

Si usted tiene que ir al hospital, irá al hospital con el que trabaja el grupo médico del PCP. Si usted prefiere un hospital específico, asegúrese de que su PCP y su grupo médico trabajen con dicho hospital.

Selección de su PCP

Cada miembro tiene un proveedor de atención primaria (PCP). Probablemente, usted ya haya elegido un PCP cuando se afilió al SFHP. Si no lo hizo, siga estas instrucciones o llame a Servicio al Cliente para solicitar ayuda al **1(415) 547-7800** (llamada local) o **1(800) 288-5555**.

A continuación, le indicamos algunos aspectos que usted debe tener en cuenta cuando seleccione a su PCP:

- ¿Se encuentra el PCP cerca de su casa, escuela o trabajo?
- ¿Es fácil llegar al PCP por MUNI, bus o BART?
- ¿Habla el personal del consultorio su mismo idioma?

- ¿Trabaja el PCP con un hospital de su agrado?
- ¿Atiende el PCP a niños de todas las edades? Llámenos al **1(415) 547-7800** (llamada local) o **1(800) 288-5555** y háganos saber qué PCP le gustaría seleccionar. (Si tiene más de un hijo, puede elegir un diferente PCP para cada niño). Le enviaremos una tarjeta de identificación de miembro que incluye el nombre y número de teléfono de su PCP. SFHP desea que tenga un PCP que sea el adecuado para usted y su familia. Si no selecciona un PCP, SFHP seleccionará un PCP para usted.

Cambio de su PCP

Si no está satisfecho con su PCP por cualquier motivo, llame al Servicio al Cliente al **1(415) 547-7800** (local) o **1(800) 288-5555** para solicitar un cambio. Si usted solicita el cambio antes del día 16 del mes y usted recibe servicios durante ese mes, el cambio se hará efectivo a partir del 1.º día del mes actual. Si usted solicita el cambio el día 16 del mes o después y usted recibió servicios durante ese mes, el cambio se hará efectivo el primer día del mes siguiente, en la mayoría de los casos. Recibirá una nueva tarjeta con el nombre y número de teléfono de su nuevo PCP. **NOTA IMPORTANTE:** Si usted necesita consultar al PCP antes de recibir la nueva tarjeta con el nombre del nuevo PCP, llame a Servicio al Cliente al **1(415) 547-7800** (llamada local) o **1(800) 288-5555**. Un representante le indicará a cuál PCP acudir.



3. Cómo Obtener Atención con su Nuevo Plan de Salud

Cómo Obtener Atención Médica

Como miembro de San Francisco Health Plan, se dará cuenta que es fácil recibir atención médica. Solo siga estos pasos:

1. Programe sus exámenes médicos regulares y atención de rutina. No espere hasta estar enfermo para consultar a su PCP. Programe una cita para una evaluación de salud (examen) dentro de los 120 días (cuatro meses) siguientes a su afiliación. Para los niños menores de dos (2), años de edad, haga una cita con el PCP de su hijo en los siguientes 60 días después de la inscripción con SFHP o tan pronto como sea posible. Su PCP le aconsejará sobre el mejor momento para citas de rutina y vacunas, según la edad de su hijo.
2. Llame y programe una cita. Llame al PCP indicado en su tarjeta de identificación de miembro para programar una cita. (Avisé con por lo menos 24 horas de anticipación si necesita cancelar o cambiar la cita). Muestre su tarjeta de identificación de miembro en el consultorio del PCP o en la clínica.
3. Comuníquese con su PCP cuando se enferme.

Excepto en caso de emergencia, siempre llame primero al PCP cuando se enferme o se lesione. Su PCP, o un proveedor sustituto, está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Su PCP se asegurará de que su familia reciba la atención médica que necesita, ya sea proporcionando tratamiento o refiriéndolo a un especialista.

Atención Especializada

Su PCP coordinará la mayor parte de la atención especializada que usted pueda necesitar. Si necesita consultar a un especialista, su PCP le enviará (referirá) a un especialista después de hablar con usted. Si usted consulta a otro médico sin que lo refiera su PCP, es posible que SFHP no pague estos servicios. Siempre llame primero a su PCP.

Segundas Opiniones

Si le gustaría hablar con otro médico sobre un problema de salud, puede pedirle a su PCP que lo refiera a otro médico para una “segunda opinión”, para que SFHP pague por una opinión de otro médico cuando su PCP lo refiera.

Servicios de Farmacia

Cuando necesite medicamentos, su PCP o el especialista al cual fue derivado(a), se los recetará. Para obtener los medicamentos, lleve la receta médica a una farmacia participante de las que aparecen en el Directorio de proveedores Healthy Kids HMO, en la sección de Farmacias y muestre su tarjeta de identificación de miembro al farmacéutico.



3 | Cómo Obtener Atención con su Nuevo Plan de Salud

SFHP dispone de un formulario de medicamentos. Un formulario de medicamentos es un listado que incluye medicamentos de marca y genéricos aprobados para la cobertura a menos que apliquen ciertas restricciones. El formulario de medicamentos es revisado por lo menos 4 veces al año por un grupo selecto de médicos y farmacéuticos que trabajan en el Condado de San Francisco. El grupo revisa la seguridad y efectividad de los medicamentos antes de decidir cuáles se deben incluir en el formulario de medicamentos. Puede descargar una copia del formulario del sitio web del SFHP en **sfhp.org** o puede consultar si un medicamento específico está incluido en el formulario de medicamentos aprobados, al llamar a Servicios al cliente al **1(415) 547-7800** (llamada local) o **1(800) 288-5555**.

NOTA: La presencia de un medicamento recetado en el formulario no garantiza que su médico se lo recetará para una afección específica.

SFHP tiene una política obligatoria en relación con los medicamentos genéricos. Si un medicamento en el formulario de medicamentos está disponible en forma de marca y genérico y su proveedor solicita un medicamento de marca y escribe “no sustituir” en la receta médica, podría aplicar un copago mayor.

El formulario de SFHP no cubre medicamentos experimentales o de investigación.

Si está tomando un medicamento que está discontinuado o que ya no está disponible en el mercado, comuníquese con su médico para averiguar cuáles medicamentos puede tomar en su lugar.

Si su medicamento tiene restricción en el formulario de SFHP o no está incluido en el formulario de SFHP, su proveedor debe presentar un formulario para la autorización previa a SFHP para que haga una revisión y determine si usted podría usar un medicamento preferido.

Proceso de Autorización Previa

El formulario de SFHP Autorización previa (PA) puede llenarlo el MD que receta, el asistente del MD o el farmacéutico.

Un formulario de PA se puede descargar del SFHP sitio web en **sfhp.org**.

El farmacéutico que receta el medicamento puede presentar la solicitud de autorización previa a SFHP en tres maneras:

1. Descargar y enviar por fax los formularios de solicitud de autorización previa al **1(855) 811-9330** para solicitudes estándares o al **1(855) 811-9331** para solicitudes urgentes.
2. Llamar a nuestro Gerente de beneficios de farmacia, PerformRx, al 1(888) 989-0091 para presentar una solicitud verbal.
3. Presentar una solicitud en línea usando el Formulario de farmacia de solicitud de autorización previa en línea disponible en: **sfhp.org/formulary**.

El farmacéutico y/o el director médico de SFHP revisan las autorizaciones previas y deciden si aprueban, deniegan o modifican la solicitud o solicitar más información al médico. El farmacéutico o el director médico de SFHP toman la decisión final de denegar o modificar la solicitud, o solicitar más información al médico.



Si la solicitud está completa, las solicitudes estándar se revisan en un plazo de 72 horas. Cuando existan circunstancias apremiantes, la solicitud se procesa como expedita y se revisa en 24 horas. Las circunstancias apremiantes surgen cuando usted tiene una condición de salud que podría poner gravemente en peligro su vida, su salud o su capacidad de recuperar su función máxima o cuando se somete a un curso de tratamiento actual usando un medicamento que no se incluye en el formulario. Si la autorización previa se aprueba, se envía un mensaje por fax al proveedor que la solicitó y SFHP cubrirá el reclamo. Si la autorización previa se deniega o modifica, SFHP enviará una carta al miembro y al proveedor que la solicitó. Esta carta incluye la razón de la decisión de SFHP o el medicamento o tratamiento alternativo que se sugiere.

Si SFHP deniega su solicitud de un medicamento y usted no está satisfecho con la decisión, puede apelar la decisión. Para obtener información acerca del Proceso de Reclamos y Apelaciones de SFHP, consulte la página 100.

Atención Hospitalaria

Si está enfermo o lesionado, llame a su PCP. Su PCP le atenderá, le hará una derivación médica a un especialista o le enviará a un hospital. Si usted tiene que ir al hospital, será el hospital del grupo médico de su PCP. Si tiene necesidades especiales de atención médica, su PCP o especialista podrían necesitar referirle a otro hospital que ofrezca los servicios necesarios. (Si hay un hospital en particular que usted prefiera, asegúrese de verificar que el hospital esté incluido al elegir su PCP).

Atención médica de emergencia

- Los ejemplos de emergencia incluyen:
- Una afección que aparentemente pone su vida en peligro
- Dolor extremo o intenso
- Dificultad grave para respirar
- Un posible hueso fracturado

Cuando usted tenga una emergencia médica:

1. Llame al **911** o acuda a la sala de emergencias más cercana para obtener ayuda
2. Muestre su tarjeta de identificación de miembro al personal del hospital.
3. Pídale al personal del hospital que llame a su PCP

Si no está seguro de si se trata de una emergencia, llame a su PCP para determinar si necesita ir a la sala de emergencia. Si considera que tiene una emergencia, debe ir a la sala de emergencia más cercana. Incluso si resulta no ser una verdadera emergencia, SFHP pagará por su atención.



Atención de Urgencia Después del Horario Regular y Durante los Fines de Semana

Algunos problemas médicos pueden requerir atención urgente pero no son emergencias. Los problemas médicos de urgencia son los problemas que generalmente no pueden esperar

Entre 24 y 48 horas para ser tratados sin que empeoren. Si considera que tiene un problema médico de urgencia, siempre puede llamar al consultorio de su PCP para obtener ayuda y determinar lo que debe hacer. Su PCP o un proveedor sustituto, siempre estará disponible 24 horas al día, 7 días a la semana para ayudar en caso de un problema médico de urgencia. Ellos le indicarán qué hacer. No necesita comunicarse con su PCP antes de recibir atención debido a una necesidad de emergencia o urgencia. Puede ir directamente a la sala de emergencia o a un centro de atención de urgencia si considera que necesita consultar a un médico de inmediato.

Teladoc®

Siempre debe visitar a su médico para recibir atención o debe llamarlo si tiene preguntas, pero a veces no es posible comunicarse con su médico durante el día o fuera del horario regular. Cuando esto suceda, llame a Teladoc® al **1(800) 835-2362**. Puede tener una consulta por teléfono o por video con un médico de Teladoc® durante las 24 horas del día y los 7 días de la semana en 30 minutos o menos. Teladoc® está conformado por médicos autorizados de California y puede tratar problemas médicos sencillos, indicarle que consulte con su médico regular para que reciba atención de seguimiento

o evaluar si es necesario que vaya a la sala de emergencias o si necesita atención de urgencia. Los médicos de Teladoc® también pueden recetar determinados tipos de medicamentos, pero no sustancias controladas. El servicio es gratuito y está disponible en su idioma. Para registrarse para recibir servicios de Teladoc®, visite **sfhp.org/teladoc**.

Línea de Asesoramiento de Enfermeras

San Francisco Health Plan también cuenta con una Línea de Asesoría de Enfermería al **1(877) 977-3397**. Esta es atendida por enfermeras registradas capacitadas, que están disponibles 24 horas al día y siete (7) días a la semana para ayudarle a responder sus preguntas de atención médica. El servicio es gratuito y está disponible en su idioma. La enfermera puede responder sus preguntas, darle consejos útiles, indicarle que se dirija al centro de atención de urgencia o sala de emergencia si fuera necesario y más.

Atención Médica Lejos de Casa

Si usted es miembro de SFHP y necesita atención de emergencia cuando no se encuentre en el Condado de San Francisco, nosotros la pagaremos. Si considera que tiene un problema médico de urgencia, siempre puede llamar al consultorio de su PCP para obtener ayuda y determinar lo que debe hacer. Su PCP o un proveedor sustituto, siempre estará disponible 24 horas al día, 7 días a la semana para ayudar en caso de un problema médico de urgencia. Ellos le indicarán qué hacer. No necesita comunicarse con su PCP antes de recibir atención debido a



una necesidad de emergencia o urgencia. Puede ir directamente a la sala de emergencia o a un centro de atención de urgencia si considera que necesita consultar a un médico de inmediato.

1. Llame al **911** o acuda a la sala de emergencias más cercana
2. Muéstrelas su tarjeta de identificación de miembro
3. Pida al médico que llame a SFHP tan pronto como sea posible. El número de SFHP también aparece en su tarjeta de identificación de miembro

Atención Visual y Dental

Como miembro del programa Healthy Kids HMO, también tiene derecho a los beneficios de atención dental y de la vista. Todos los servicios dentales y de salud visual, que incluyen exámenes oculares, tienen cobertura del VSP (Vision Service Plan) y de los planes Delta Dental.

Para obtener más información acerca del plan de servicio de la vista o localizar un proveedor de la vista, llame a VSP al **1(800) 877-7195**.

Para obtener más información acerca del plan dental, llame a Delta Dental llamada gratuita al **1(866) 212-2743** y mencione el número de grupo "SF60". O llame SFHP al **1(415) 547-7800** (llamada local) o **1(800) 288-5555**. Nuestra línea de TDD para personas con deficiencia auditiva del habla es **1(415) 547-7830**.

No hay límite anual en los beneficios dentales cubiertos para los miembros durante el año de beneficios*.

*Año de Beneficios es el período de doce (12) meses que inicia el 1 de octubre de cada año a las 12:01am

Acceso Oportuno a la Atención

Usted debe poder hacer una cita para recibir servicios cubiertos de acuerdo con sus necesidades médicas. El Departamento de Atención Médica Administrada de California (DMHC) estableció estándares para los tiempos de espera de las citas. Estos son:

Tipo de Cita	Tiempo de Espera Estándar
Para Atención de urgencia, si no es necesario tener autorización previa	Dentro de un plazo de 48 horas después de haber solicitado la cita
Para Atención de urgencia, si es necesario tener autorización previa*	Dentro de un plazo de 96 horas después de haber solicitado la cita
Para consultas de atención primaria (que no son de urgencia)	En un plazo de 10 días hábiles después de haber pedido la cita
Para consultas de rutina con un médico especialista (que no son de urgencia)	En un plazo de 15 días hábiles después de haber pedido la cita

*Es posible que se necesite autorización previa si usted consulta con un proveedor que no forme parte de su grupo médico.



3 | Cómo Obtener Atención con su Nuevo Plan de Salud

Si desea esperar una cita posterior que se adapte mejor a sus necesidades, consulte con su proveedor. En algunos casos, tendrá que esperar durante tiempos mayores que los tiempos de espera estándar si su proveedor decide que postergar su consulta no dañará su salud.

Los tiempos de espera estándar no aplican para las citas de atención preventiva. La atención preventiva se refiere a la atención y a la detección temprana de enfermedades. Esto incluye exámenes físicos, vacunas, educación para la salud y atención del embarazo. Los tiempos de espera estándar tampoco aplican a la atención periódica de seguimiento que se programa con anticipación. Algunos ejemplos de atención periódica de seguimiento son las referencias con especialistas y visitas recurrentes al consultorio por afecciones crónicas. Su proveedor podría sugerir una programación específica para este tipo de atención, según sus necesidades.

Hay disponibles servicios de intérpretes sin ningún costo para usted. Si necesita recibir ayuda en su idioma durante una cita, pídale a su proveedor que haga los arreglos para que tenga un intérprete. O puede llamar a Servicio al Cliente de SFHP al **1(800) 288-5555** (llamada gratuita) o TDD/TTY **1(888) 883-7347**, de lunes a viernes, 8:30am a 5:30pm.

El DMHC también estableció estándares para la respuesta de las llamadas telefónicas. Estos son:

Para llamadas a Servicio al Cliente de SFHP: en un plazo de 10 minutos durante el horario hábil regular, de lunes a viernes, de 8:30am a 5:30pm

Para llamadas de selección o clasificación: dentro de 30 minutos, las 24 horas del día, los 7 días de la semana

La clasificación o selección la realiza un médico, enfermera registrada u otro profesional médico calificado para determinar en dónde y con qué urgencia necesita recibir atención. Si necesita servicios de clasificación o selección, primero debe llamar a su PCP o a la clínica. Si no puede localizar a su PCP ni puede hablar a la clínica, llame a Teladoc® para tener una consulta por teléfono o por video con un médico. Este servicio es gratuito y está disponible en su idioma. Llame a Teladoc® al **1(800) 835-2362** o visite **sfhp.org/teladoc**.



4. Servicios y Cargos del Plan de Salud

Primas Anuales

Una prima es la cantidad de dinero que usted paga cada año por su seguro médico. Dependiendo de sus ingresos y del tamaño de su familia, usted pagará \$189 por año por cada miembro afiliado al programa con una prima máxima de \$567 por familia.

Usted es responsable de pagar cada año su prima del Programa Healthy Kids HMO. Hay ayuda disponible para el pago de la prima. Llame a Servicio al Cliente de SFHP al **1(415) 547-7800** si tiene alguna pregunta o problema con los pagos de sus primas anuales.

Otros Cargos (Copagos)

Además de su prima anual prepagada, algunos servicios requieren pequeños pagos (copagos) al momento de prestarse el servicio.

Nota: No hay copagos por visitas preventivas o para miembros menores de 24 meses de edad para exámenes de niño sano o visitas al consultorio. No hay copagos para miembros que se ha documentado que son nativos de Alaska o nativos americanos.

Usted no tendrá que pagar más del máximo de \$250 en copagos por todos los niños de su familia durante ningún año de beneficios. Debe pedir un recibo siempre que realice un copago, guardarlo y llevar un registro de todos los pagos

para poder demostrar que ha pagado el máximo, si esto ocurre durante el año de membresía. Al llegar al límite, debe comunicarse a Servicios al Cliente de SFHP al **1(415) 547-7800** (llamada local) o al **1(800) 288-5555**, para obtener una tarjeta que indique que usted no debe realizar copagos. Aún será necesario que realice copagos hasta que SFHP reciba la constancia de que usted pagó el total de \$250 en copagos. Si puede demostrar que pagó más de \$250 en copagos, entre el 1 de octubre y el 30 de septiembre, le reembolsará el monto que sobrepase los \$250.

No hay deducibles en el programa y no hay beneficios financieros máximos vitalicios para ninguno de los beneficios médicos con cobertura.

Los servicios preventivos no requieren de copagos. Estos incluyen:

- Exámenes de niño sano e inmunizaciones
- Servicios de planificación familiar
- Atención prenatal
- Exámenes auditivos y de la vista para personas hasta los 16 años de edad
- Exámenes de mujer sana
- Servicios de educación de la salud

Además, no se cobran copagos por las visitas al consultorio que realizan para niños afiliados menores de 24 meses de edad. Para informarse más acerca de los servicios que tienen copagos, consulte la sección Resumen de beneficios de este Manual. El Resumen de Beneficios enumera los beneficios provistos por SFHP y cualquier copago aplicable a los servicios.



Reembolso de Reclamos por Servicios de Emergencia

Si el miembro recibió servicios médicos de emergencia o de salud mental e incurrió en gastos por dichos servicios, el miembro debe presentar un reclamo completo con el registro de servicio para recibir el pago a SFHP, dentro de los 90 días posteriores a la fecha de los servicios para los cuales se solicita el pago o lo antes posible. Si los servicios no fueron previamente autorizados, SFHP revisará el reclamo retrospectivamente para cobertura como se establece en la página 43. SFHP cubrirá los servicios como médicamente necesarios o en donde el miembro consideró razonablemente que existió una condición médica de emergencia, incluso si después se determina que en realidad la emergencia no existió. En caso de que SFHP determine que los servicios de emergencia recibidos por el miembro tienen cobertura, SFHP pagará a los médicos directamente o reembolsará al miembro si el miembro pagó por los servicios. Los miembros pueden recibir asistencia para solicitar reembolsos al llamar al Servicio al cliente de SFHP al **1(415) 547-7800** (llamada local) o **1(800) 288-5555**. Si recibe una factura por servicios proporcionados por su propio médico, que estaban autorizados o que son servicios de cobertura, comuníquese inmediatamente con SFHP para recibir ayuda. Está prohibido que los proveedores participantes facturen el saldo a cualquier miembro por servicios con cobertura por los que SFHP es financieramente responsable.

Si usted recibe servicios no autorizados de un médico que no es un proveedor participante o que no pertenece a su grupo médico, usted será financieramente responsable de los servicios, a menos que fueran servicios de emergencia o que no necesiten autorización.

Servicios con Cobertura

SFHP únicamente pagará los servicios que son médicamente necesarios y proporcionados por el PCP o por el especialista al cual lo refirió el PCP, según sea necesario y autorizado de acuerdo con los procedimientos del plan. Consulte en la sección Evidencia de Cobertura de este manual la descripción detallada sobre cómo utilizar sus servicios con cobertura.

Responsabilidades de los Miembros

Generalmente, la única cantidad que un miembro paga por los servicios con cobertura es el copago requerido.

Es posible que usted tenga que pagar por los servicios que recibe y que NO tienen cobertura, como:

- Los servicios que no sean de emergencia que se reciben en la sala de emergencia
- Los servicios que no sean de emergencia o de urgencia que se reciban fuera del área de servicio de San Francisco Health Plan, si no se obtuvo la autorización del San Francisco Health Plan San Francisco Health Plan antes de recibir dichos servicios



- Los servicios especializados que recibe para los cuales no recibió una referencia médica ni autorización de San Francisco Health Plan antes de recibirlos (consulte la página 57, Referencias médicas a especialistas)
- Los servicios de un proveedor no participante, a menos que los servicios sean por situaciones permitidas por este folleto de Evidencia de cobertura, por ejemplo, servicios de emergencia, servicios de urgencia fuera del área de servicio del plan o los servicios de especialidades aprobados por el Plan (consulte la página 40 Acerca de San Francisco Health Plan (SFHP))
- Los servicios recibidos que sobrepasan los límites descritos en este folleto de Evidencia de cobertura, a menos que los servicios hayan sido autorizados por el San Francisco Health Plan

San Francisco Health Plan es responsable de pagar todos los servicios con cobertura, incluidos los servicios de emergencia. Usted no es responsable de pagarle a un proveedor ninguna cantidad que el plan de salud le deba por cualquier servicio con cobertura.

Si San Francisco Health Plan no le paga a un proveedor no participante por los servicios con cobertura, usted no le tiene que pagar al proveedor no participante el costo de los servicios con cobertura. Los servicios con cobertura son aquellos servicios que se proporcionan de acuerdo con este folleto de Evidencia de Cobertura. El proveedor no participante debe facturarle cualquier servicio con cobertura al San Francisco Health Plan, no a usted. Pero recuerde, los servicios de un

proveedor no participante no son "servicios con cobertura" a menos que estén dentro de las situaciones permitidas en este folleto de Evidencia de Cobertura.

Usted no es financieramente responsable por la atención autorizada que reciba en centros de la red del SFHP, como hospitales, laboratorios o centros de imagenología. Usted solo deberá pagar el copago indicado en esta Evidencia de Cobertura y Formulario de Divulgación por la atención recibida en un centro de la red, incluso si recibió atención de un proveedor que no es parte de la red de proveedores de San Francisco Health Plan.

Si recibe una factura por un servicio con cobertura, de cualquier proveedor participante o no participante, comuníquese con el departamento de Servicio al Cliente de San Francisco Health Plan al **1(415) 547-7800** (llamada local) o **1(800) 288-5555**.

Vínculos con Otros Programas de Beneficio y Coordinación de Servicios

Usted puede ser elegible para recibir los siguientes servicios que no tienen cobertura del programa Healthy Kids HMO. Si usted recibe estos servicios, seguirá siendo miembro y todos los servicios de atención serán coordinados.



Servicios Para Niños (CCS)

Como parte de los servicios que se proporcionan por medio del Programa Healthy Kids HMO, los miembros que necesiten atención médica especializada pueden ser elegibles para recibir servicios por medio del programa California Children's Services (CCS).

El programa CCS es el programa del Estado y del Condado que proporciona servicios de diagnóstico y de tratamiento, administración de casos médicos y servicios de fisioterapia y ocupacional a niños y adultos jóvenes menores de 21 años de edad con afecciones médicas elegibles con CCS. Estas afecciones incluyen enfermedades genéticas, problemas médicos crónicos, enfermedades infecciosas y lesiones traumáticas. Si su PCP considera que usted es elegible, lo referirá al programa local de CCS.

Si un proveedor de atención primaria del miembro sospecha o identifica una posible condición elegible de CCS, él o ella debe referir al miembro al programa de CCS local. SFHP puede ayudar con esta referencia. SFHP también realizará una referencia a CCS cuando el proveedor de atención primaria lo refiera a un especialista o donde exista una admisión como paciente hospitalizado, lo cual pareciera involucrar la atención para un CCS elegible. El programa CCS determinará si la afección del miembro es elegible para los servicios de CCS.

SFHP es responsable de cubrir todos los servicios médicamente necesarios para tratar la afección del miembro de CCS hasta que el programa CCS autorice el tratamiento y que un proveedor de CCS proporcione el tratamiento.

Si el programa CCS determina que la afección es elegible para CCS y CCS está cubriendo la afección elegible, el miembro continuará inscrito en el Programa Healthy Kids HMO. Se le hará una referencia médica y debe recibir tratamiento para la afección elegible para CCS por medio de una red especializada de proveedores de CCS o de centros de especialidades aprobados por CCS. Estos proveedores y centros de especialidad de CCS están altamente capacitados para tratar condiciones elegibles de CCS. Los servicios de CCS deben recibirse de proveedores seleccionados por CCS y el pago por servicios elegibles de CCS obtenidos de proveedores no seleccionados por CCS será responsabilidad del tutor legal del miembro.

SFHP continuará con la atención primaria y los servicios de prevención que no están relacionados con la condición elegible CCS, según lo descrito en este manual. SFHP también trabajará con el programa de CCS local, los proveedores de CCS y los proveedores de SFHP para coordinar los servicios y atención proporcionados por el programa de CCS y SFHP. Si se determina que una afección no es elegible para los servicios del Programa de CCS, el miembro continuará recibiendo todos los servicios médicamente necesarios de SFHP.

Aunque todos los niños afiliados al Programa Healthy Kids HMO se consideran financieramente elegibles para el programa de CCS, la oficina de CCS debe verificar el estado residencial de cada niño en el programa de CCS. Si a un miembro se le hace una referencia médica al programa de CCS, se solicitará al tutor legal del miembro que rellene una corta solicitud para verificar el estado de residencia y asegurar la coordinación de la atención del miembro después de haber realizado la referencia médica.



Si usted ya obtiene servicios de CCS, asegúrese de que el PCP esté enterado de esto. Para obtener información adicional acerca el programa de CCS llame a Servicio al Cliente de SFHP al **1(415) 547-7800** (llamada local) o **1(800) 288-5555**. Puede llamar al programa del condado de CCS local al **1(415) 575-5700** si tiene preguntas sobre la cobertura de CCS.

Atención de Salud Mental:

Como miembro de Healthy Kids HMO, usted también tiene derecho a recibir beneficios de salud mental y salud conductual. Todos los beneficios de salud mental para el programa Healthy Kids HMO los presta San Francisco Community Behavioral Health Services. Para obtener una descripción completa de los beneficios de salud mental disponibles, consulte la sección de Atención de Salud Mental en esta Evidencia de Cobertura. Si desea ayuda para obtener los beneficios de salud mental, puede llamar a Servicio al Cliente de SFHP al **1(415) 547-7800** (llamada local) o **1(800) 288-5555** o puede llamar a Community Behavioral Health Services al **1(888) 246-3333**.



5. Problemas, Quejas y Reclamos

Cambio de Proveedor de Atención Primaria y de Grupos Médicos

Si no está satisfecho con los servicios recibidos, SFHP desea conocer sus inquietudes. Le instamos a que nos dé la oportunidad de trabajar con usted para resolver su problema. Comuníquese con Servicio al Cliente al **1(415) 547-7800** (llamada local) o al **1(800) 288-5555** para hablar con nosotros sobre cualquier problema que pudiera tener.

Solución de Problemas

SFHP desea que usted tenga la mejor atención y servicio posible. También queremos ayudarle a resolver cualquier problema que tenga con SFHP.

Si existe algún problema, trate de comentarlo en cuanto ocurra. Hablar con su médico u otros proveedores puede ser la mejor manera de resolver el problema rápidamente.

Si el problema no queda resuelto, llámenos. Servicio al Cliente trabajará con usted para corregir el problema. Si aún no podemos resolverlo de una manera que le satisfaga, puede presentar una queja formal o “reclamo”.

El Proceso de Quejas/Reclamos

Revisaremos su queja o problema bajo el Proceso de quejas de SFHP. Presentar una queja o reclamo es su derecho. SFHP no lo discriminará. No se cancelará su membresía, ni perderá elegibilidad para la cobertura del Programa Healthy Kids HMO por presentar una queja o reclamo.

Usted puede presentar un reclamo verbalmente o por escrito. Los formularios de reclamos están disponibles en cada una de las oficinas de los PCP y en Servicio al Cliente, así como en línea en el sitio web de SFHP. sfhp.org. Si necesita asistencia para llenar el formulario, servicios de traducción o desea que le refieran a uno de los defensores comunitarios, llame a Servicios al Miembro. En la mayoría de los casos, después de presentar un reclamo, el coordinador de reclamos le enviará, dentro de los primeros cinco (5) días, una carta indicándole que recibió el reclamo. El coordinador de Reclamos investigará el asunto y le enviará una propuesta de solución antes de 30 días. No tiene que participar en el proceso de reclamo de SFHP si tiene un reclamo urgente. Puede acudir directamente al Departamento de Atención Médica Administrada (“DMHC”). Consulte la página 102 de la sección de la Evidencia de cobertura de este manual para conocer la definición de reclamo urgente y las instrucciones acerca de cómo comunicarse con el DMHC.



6. Resumen de Beneficios del Programa Healthy Kids HMO

Un cuadro que le ayuda a comparar los beneficios de la cobertura.

Este cuadro está diseñado para ayudarle a comparar los beneficios de la cobertura y es únicamente un resumen.

Se debe consultar la Evidencia de cobertura y el contrato del plan para obtener una descripción detallada de los beneficios y las limitaciones de la cobertura.

Beneficios*	Servicios Con Cobertura	Pagos Del Miembro (Copago)
Afiliados Nativos de Alaska/Nativos Americanos		\$0
Deducible	No se cobrarán deducibles por los beneficios cubiertos.	\$0
Copago Máximo Anual		\$250
Máximo Vitalicio	En este plan no aplican los límites máximos vitalicios de los beneficios.	\$0
Servicios de Hospitalización Paciente Hospitalizado	Cargos por servicios médicamente necesarios de centros de salud, alojamiento y comidas, atención general de enfermería, servicios auxiliares, que incluyen sala de operaciones, unidad de cuidados intensivos, medicamentos recetados, laboratorio y radiología durante una estancia hospitalaria.	Sin copago



6 | Resumen de Beneficios del Programa Healthy Kids HMO

Beneficios*	Servicios Con Cobertura	Pagos Del Miembro (Copago)
<p>Servicios de Hospitalización</p> <p>Paciente Ambulatorio</p>	<p>Cargos por servicios médicamente necesarios en centros de salud, atención general de enfermería, servicios auxiliares, que incluyen sala de operaciones, medicamentos recetados, laboratorio, quimioterapia y radiología.</p>	<p>Sin copago excepto \$10 por visita de fisioterapia, terapia ocupacional y del habla realizadas a pacientes ambulatorios.</p> <p>\$15 por visita para recibir servicios de atención médica de emergencia (el pago se exonera si el miembro es hospitalizado).</p>
<p>Servicios Profesionales</p>	<p>Visitas al médico, servicios médicos y quirúrgicos para pacientes hospitalizados y ambulatorios.</p>	<p>\$10 por visita en consultorio o a domicilio excepto:</p> <p>Sin copago por servicios profesionales hospitalarios para pacientes hospitalizados.</p> <p>Sin copago para cirugía, anestesia o tratamientos con radiación, quimioterapia o diálisis.</p> <p>Sin copago para los miembros de 24 meses de edad y menores.</p> <p>Sin copago para exámenes de la vista o de audición o por ayudas auditivas.</p>
<p>Servicios para Pacientes Ambulatorios</p>	<p>En el consultorio del médico, centro de cirugía, u otro centro designado.</p>	<p>\$10</p>
<p>Servicios de Atención Médica Preventiva</p>	<p>Exámenes periódicos de salud, cuidado de bebé sano, pruebas rutinarias de diagnóstico y servicios de laboratorio, vacunas y servicios de detección de enfermedades asintomáticas.</p>	<p>Sin copago</p>
<p>Servicios de Diagnóstico de Rayos X y Laboratorio**</p>	<p>Servicios de laboratorio y servicios radiológicos de diagnóstico y tratamiento necesarios para evaluar, diagnosticar y tratar a los miembros de modo adecuado.</p>	<p>Sin copago</p>



6 | Resumen de Beneficios del Programa Healthy Kids HMO

Beneficios*	Servicios Con Cobertura	Pagos Del Miembro (Copago)
Atención de la Diabetes**	Equipo y materiales para el manejo y tratamiento de diabetes tratada con el uso de insulina, diabetes no tratada con insulina y diabetes gestacional según sea médicamente necesario, aun si los artículos están disponibles sin receta médica.	\$10 de copago por visita al consultorio Copago por recetas médicas según se describe en la sección "Programa de medicamentos recetados".
Cobertura de Atención de Emergencia	Atención las 24 horas para enfermedades repentinas, serias e inesperadas incluyendo detección, evaluación y tratamiento psiquiátrico, lesión o afección que requiera diagnóstico inmediato dentro y fuera del plan.	\$15 copago exonerado si se hospitaliza al miembro.
Servicios de Ambulancia	Transporte en ambulancia cuando sea médicamente necesario.	Sin copago



6 | Resumen de Beneficios del Programa Healthy Kids HMO

Beneficios*	Servicios Con Cobertura	Pagos Del Miembro (Copago)
Cobertura para Medicamentos Recetados **	Medicamentos recetados por un profesional autorizado.	<p>\$10 copago por receta médica por un suministro hasta para 90 días de medicamentos genéricos.</p> <p>\$10 copago por receta médica por un suministro hasta por 30 de la mayoría de medicamentos de marca o un suministro hasta por 90 para medicamentos de marca para tratar afecciones crónicas.</p> <p>\$15 copago por receta para medicamentos de marca con un equivalente genérico.</p> <p>Sin copago por medicamentos recetados proporcionados durante una hospitalización.</p> <p>Sin copago por los medicamentos administrados en el consultorio médico o en un centro para pacientes ambulatorios</p> <p>Sin copago por los medicamentos y dispositivos anticonceptivos aprobados por la FDA.</p>
Anticonceptivos	Medicamentos y dispositivos implantados aprobados por FDA.	Sin copago
Equipos Médicos Duraderos **	Equipo adecuado para utilizar en el hogar, como monitores de glucosa en sangre, monitores de apnea, equipo y suministros relacionados con el asma.	Sin copago
Ortopedia y Prótesis **	Dispositivos originales y de reemplazo según las indicaciones de un especialista autorizado.	Sin copago
Atención de Maternidad	Servicios profesionales y hospitalarios relacionados con la atención de maternidad.	Sin copago



6 | Resumen de Beneficios del Programa Healthy Kids HMO

Beneficios*	Servicios Con Cobertura	Pagos Del Miembro (Copago)
Planificación Familiar Servicios	Servicios de planificación familiar voluntaria.	Sin copago
Atención de Salud Mental	Diagnóstico y tratamiento de una afección de salud mental. Esto incluye, pero no se limita a, los servicios de atención de salud mental para pacientes hospitalizados para el tratamiento de enfermedades mentales graves (SMI).	Sin copago

Comuníquese a SFHP de 8:30am – 5:30pm, de lunes a viernes, llamando al **1(415) 547-7800** o **1(800) 288-5555** (llamada gratuita). O bien, si no puede escuchar o hablar bien, llame al TTY/TDD **1(415) 547-7830** o **1(888) 883-7347** (llamada gratuita). Visite el sitio web de SFHP en **sfhp.org**.

114302 1018



6 | Resumen de Beneficios del Programa Healthy Kids HMO

Beneficios*	Servicios Con Cobertura	Pagos Del Miembro (Copago)
<p>Trastorno Emocional Grave (SED)</p>	<p>Servicios de atención de salud mental para el tratamiento de un miembro a quien el condado determine que tiene una afección de SED.</p> <p>El plan debe proporcionar todos los servicios con cobertura médicamente necesarios hasta que el departamento de salud mental del condado determine la elegibilidad del menor con SED y proporcione los servicios médicamente necesarios para el tratamiento de la afección de SED.</p> <p>El plan y el departamento de salud mental del condado coordinarán los servicios para asegurar que todos los servicios y los tratamientos médicamente necesarios se proporcionen al miembro que tiene una afección de SED.</p> <p>El miembro permanecerá inscrito en el Programa Healthy Kids HMO y continuará recibiendo el Plan continuará proporcionando atención primaria, atención especializada y todos los demás servicios para afecciones médicas no relacionadas con la afección de SED.</p>	<p>Sin copago</p>



Beneficios*	Servicios Con Cobertura	Pagos Del Miembro (Copago)
<p>Servicios Básicos de Atención de Salud Mental</p>	<p>Esto incluye, entre otros, el tratamiento de menores que hayan experimentado disfunción familiar o trauma, que incluye abandono o abuso infantil, violencia doméstica, abuso de sustancias en la familia, divorcio y duelo.</p> <p>Los miembros de la familia pueden involucrarse en el tratamiento cuando sea médicamente necesario para la salud y recuperación del niño.</p> <p>Incluye, pero no se limita a los servicios de atención de salud mental de pacientes ambulatorios para el tratamiento de enfermedades mentales graves (SMI).</p>	<p>\$10 por visita</p>



6 | Resumen de Beneficios del Programa Healthy Kids HMO

Beneficios*	Servicios Con Cobertura	Pagos Del Miembro (Copago)
<p>Trastorno Emocional Grave (SED)</p>	<p>Servicios de atención de salud mental para pacientes ambulatorios para el tratamiento de un miembro a quien el condado determine que tiene una afección de SED.</p> <p>El plan debe proporcionar todos los servicios médicamente necesarios hasta que el departamento de salud mental del condado determine la elegibilidad del menor con SED y proporcione los servicios médicamente necesarios para el tratamiento de la afección de SED.</p> <p>El plan y el departamento de salud mental del condado coordinarán los servicios para asegurar que todos los servicios y los tratamientos médicamente necesarios se proporcionen al miembro que tiene una afección de SED.</p> <p>El miembro permanecerá inscrito en el Programa Healthy Kids HMO y continuará recibiendo el Plan continuará proporcionando atención primaria, atención especializada y todos los demás servicios para afecciones médicas no relacionadas con la afección de SED.</p>	<p>Sin copago</p>
<p>Tratamiento de Pacientes Hospitalizados por Abuso de Alcohol y Drogas</p>	<p>Hospitalización para eliminar las sustancias tóxicas del organismo.</p>	<p>Sin copago</p>



6 | Resumen de Beneficios del Programa Healthy Kids HMO

Beneficios*	Servicios Con Cobertura	Pagos Del Miembro (Copago)
Tratamiento de Pacientes Ambulatorios por Abuso de Alcohol y Drogas	Intervención en crisis y tratamiento de abuso de alcohol o drogas según sea médicamente necesario.	\$10 por visita
Servicios de Salud en el Hogar	Servicios prestados en el hogar por personal de atención médica.	Sin copago excepto: \$10 por visita por fisioterapia, ocupacional y del habla.
Atención de Enfermeras Calificadas	Servicios prestados por un centro de enfermeras calificadas autorizado. El beneficio se limita a un máximo de 100 días por año de beneficios.	Sin copago
Terapia Física, Ocupacional y del Habla**	La terapia puede ser proporcionada en un consultorio médico u otras instalaciones apropiadas para pacientes ambulatorios.	\$10 por visita cuando se realiza en un centro de atención para pacientes ambulatorios. Sin copago por terapia para pacientes hospitalizados.
Sangre y Productos Sanguíneos**	Incluye el procesamiento, almacenamiento y administración de sangre y productos sanguíneos en instalaciones para pacientes hospitalizados y ambulatorios.	Sin copago
Educación de la Salud	Incluye la educación relacionada con la salud personal, el comportamiento y la atención médica, así como recomendaciones relacionadas con el uso óptimo de los servicios de atención médica.	Sin copago
Servicios de Diagnóstico de Laboratorio y Rayos X	Servicios radiológicos terapéuticos, ECG, EEG, mamografía, otras pruebas diagnósticas de laboratorio y radiología y pruebas de laboratorio.	Sin copago

Comuníquese a SFHP de 8:30am – 5:30pm, de lunes a viernes, llamando al **1(415) 547-7800** o **1(800) 288-5555** (llamada gratuita). O bien, si no puede escuchar o hablar bien, llame al TTY/TDD **1(415) 547-7830** o **1(888) 883-7347** (llamada gratuita). Visite el sitio web de SFHP en sfhp.org.

114302 1018



6 | Resumen de Beneficios del Programa Healthy Kids HMO

Beneficios*	Servicios Con Cobertura	Pagos Del Miembro (Copago)
Centro de Cuidados Paliativos	Atención especializada que es una necesidad médica; asesoría, medicamentos y materiales; atención de pacientes hospitalizados a corto plazo para el control del dolor y gestión de sistemas; servicios fúnebres, terapias física, del habla y ocupacional; servicios sociales médicos; atención a corto plazo de pacientes hospitalizados y cuidado temporal de reemplazo.	Sin copago
Trasplantes de Órganos	Trasplante médicamente necesario de órganos y médula ósea; gastos médicos y hospitalarios de un donante o posible donante; gastos de pruebas y cargos relacionados con la obtención de un órgano de un donante.	Sin copago
Cirugía Reconstructiva **	Realizada en estructuras anormales del cuerpo causadas por defectos congénitos, anomalías del desarrollo, traumatismos, infecciones, tumores o enfermedad y que se realicen para mejorar la función o crear una apariencia normal.	Sin copago
Fenilcetonuria (PKU) **	Pruebas y tratamientos de PKU.	No co-payment
Ensayos Clínicos para el Cáncer	Cobertura por la participación del miembro en un estudio clínico sobre el cáncer, de fase I a IV, cuando el médico del miembro haya recomendado la participación en el estudio y el miembro cumpla con ciertos requisitos.	\$10 de copago por visita al consultorio Copago por recetas médicas según se describe en la sección “Programa de medicamentos recetados”.



6 | Resumen de Beneficios del Programa Healthy Kids HMO

Beneficios*	Servicios Con Cobertura	Pagos Del Miembro (Copago)
California Children's Services Program (CCS)	<p>CCS es un programa médico California que trata a los niños con ciertas afecciones que causen impedimentos físicos y que necesiten atención médica especializada. La oficina CCS del condado coordina los servicios prestados a través del programa CCS.</p> <p>Si se determina que la afección del miembro es elegible para obtener servicios CCS, el miembro permanece inscrito en el Programa Healthy Kids HMO y continúa recibiendo atención médica de los proveedores del plan para servicios no relacionados con la afección elegible para CCS.</p> <p>El miembro recibirá tratamiento para la afección elegible del CCS por medio de la red especializada de proveedores del CCS o de los centros especializados aprobados por el CCS.</p>	Sin copago
Biorretroalimentación	Hasta 8 visitas por año de beneficios con referencia.	\$10 por visita
Servicios/Ayuda Auditiva	Evaluaciones audiológicas, ayuda auditiva, materiales, visitas para acondicionamiento, orientación, ajustes, reparaciones.	
Exámenes de la Vista/Materiales	Exámenes de la vista, aros y lentes, atención complementaria para beneficios por visión reducida.	\$5 por visita Asignación para montura hasta de a \$100



6 | Resumen de Beneficios del Programa Healthy Kids HMO

Beneficios*	Servicios Con Cobertura	Pagos Del Miembro (Copago)
Lentes de Contacto	Se cubrirá la totalidad de lentes de contacto médicamente necesarios.	Sin copago para lentes de contacto médicamente necesarios. Se proporcionará una asignación de \$110 para el costo del examen, evaluación para lentes de contacto, costos y materiales para lentes de contacto opcionales. Los lentes de contacto se limitan a un par cada doce meses de período de beneficio iniciando el 1 de octubre de cada año.
Anteojos y Lentes para Cataratas**	Anteojos y lentes para cataratas, lentes de contacto para cataratas o lentes intraoculares de reemplazo del lente natural del ojo después de una cirugía de cataratas.	Sin copago
Cirugía Oral	Impactación de hueso, por diente Recuperación de canales, por diente.	\$10
Endodoncia	Apicectomía realizada junto con tratamiento de canales. Repetición del tratamiento previo de canales.	\$10 por canal
Periodoncia	Cirugía ósea o mucogingival.	\$10 por cuadrante
Coronas y Puentes	Corona de porcelana, corona de porcelana fundida en metal, corona completa de metal y restauraciones con oro o coronas de $\frac{3}{4}$.	\$10 por corona u otros puentes



Beneficios*	Servicios Con Cobertura	Pagos Del Miembro (Copago)
Dentadura Postiza	Dentadura postiza maxilar completa Dentadura postiza mandibular completa Dentadura postiza parcial superior o inferior acrílica Dentadura postiza parcial superior o inferior con una barra de paladar o lingual de aleación de cromo y cobalto, cierres y monturas acrílicas Dentadura postiza parcial unilateral desmontable Reparación de base en el laboratorio Duplicación de dentaduras postizas	\$10 cada uno

*Los beneficios se proporcionan únicamente por servicios que sean médicamente necesarios.

** El programa California Children's Services (CCS) podría cubrir y pagar estos servicios si el miembro es elegible para los servicios del CCS.



Evidencia de Cobertura/Formulario de Divulgación Combinados y Acuerdo del Plan

Evidencia de Cobertura y Formulario de Divulgación

Esta Evidencia de cobertura (EOC) y Formulario de divulgación combinados junto con el Resumen de beneficios presentan los términos y condiciones de su plan de salud y únicamente constituyen un resumen de las políticas y normas del plan de salud. Algunas de las palabras utilizadas en esta EOC tienen definiciones específicas. Estas palabras aparecen en letra cursiva. Los significados de las palabras en letra cursiva se encuentran en la sección Definiciones de esta EOC.

Los miembros también pueden dirigir sus preguntas en relación con su cobertura o disposiciones específicas del plan a Servicios al Miembro.

Lea la siguiente información de manera que sepa de quién o de qué grupo de proveedores puede recibir atención médica.

Usted tiene derecho a revisar esta Evidencia de Cobertura (EOC) antes de su afiliación. Puede solicitar una copia llamando a Servicio al cliente al **1(415) 547-7800** (llamada local) o **1(800) 288-5555** para solicitar una copia. Lea completa y cuidadosamente la Evidencia de cobertura y el Resumen de beneficios adjuntos. Las personas con necesidades de atención médica especiales deben prestar especial atención a las secciones que aplican para ellos.

Llame a Servicio al Cliente al **1(415) 547-7800** (llamada local) o **1(800) 288-5555** si desea obtener información adicional acerca de los beneficios del Plan. Si el inglés no es su idioma materno o si se siente más cómodo hablando en otro idioma, contamos con personal de Servicio al Cliente que habla otros idiomas. Si no hablan su idioma, utilizarán los servicios de un intérprete.

Acerca del San Francisco Health Plan (SFHP)

San Francisco Health Plan (SFHP) es un plan de salud autorizado que presta servicios a los residentes que viven dentro de la Ciudad y el Condado de San Francisco. No es un proveedor médico. Todos los servicios de atención médica que recibirá el miembro son proporcionados por médicos, clínicas, hospitales y otros proveedores participantes independiente con contratos con SFHP o con grupos médicos contratados por SFHP. En cambio, SFHP los contratos con los grupos médicos y hospitales. Estos contratos individuales especifican cómo funciona el plan y lo que cubre. Todos los miembros deben seleccionar un proveedor de atención primaria (PCP) de los muchos médicos que forman parte del plan. El PCP del miembro administrará su atención, que incluye la atención preventiva, como exámenes y vacunas para niños y exámenes ginecológicos para mujeres. El PCP referirá al miembro a especialistas cuando sea necesario y hará los arreglos para su hospitalización cuando se requiera. Cada PCP está relacionado con un grupo médico y generalmente referirá al miembro a los especialistas, hospitales y otros proveedores participantes utilizados por dicho grupo médico.



Si no hay profesionales médicos debidamente calificados para tratar la afección médica del miembro que estén asociados con dicho grupo médico, el PCP podrá referir al miembro a un proveedor participante que pertenezca a otro grupo médico o que esté fuera de la red de proveedores del plan, cuando sea necesario.

- Ingresos familiares menores al 266 % del Nivel Federal de Pobreza (FPL)

Elegibilidad e Inscripción

A. Disponibilidad de Fondos Para el Programa

La aceptación de cualquier solicitud de afiliación al programa Healthy Kids HMO depende de la disponibilidad de fondos públicos de la Ciudad y el Condado de San Francisco ("CCSF") para pagar el costo de la prima del programa. Después de la afiliación inicial y el pago de la prima anual (1), se garantizará a los miembros un (1) año de participación en el programa. Durante o antes de cada fecha de aniversario del miembro, SFHP determinará si hay fondos disponibles en CCSF para cubrir las primas de los miembros para la afiliación del siguiente año.

B. Requisitos de Elegibilidad del Miembro

Las personas deben cumplir con los siguientes criterios para ser elegibles para el programa Healthy Kids HMO:

- Tener desde 0 hasta 19 años de edad
- No tener seguro
- Un residente del condado de San Francisco
- No cumplir con los requisitos para Medi-Cal u otros programas públicos de seguro médico

C. Proceso de Solicitud

Para solicitar el programa Healthy Kids HMO, un solicitante debe enviar toda la información, documentación y declaraciones requeridas para determinar la elegibilidad a través de Covered California. Dicha información, documentación y declaraciones deben incluir el nombre y dirección del solicitante; nombre y dirección de cada persona para quien se solicite la inscripción, comprobante de ingresos del grupo familiar del miembro.

D. Fecha de Inicio de la Cobertura de los Miembros

Para los miembros, la cobertura comenzará el primer día del mes siguiente al mes en el que se determina la elegibilidad para el programa Healthy Kids HMO, si la información se recibe antes del corte, el cual es normalmente el día 25 de cada mes.

E. Revisión Anual de la Elegibilidad de los Miembros

La elegibilidad de miembro de Healthy Kids HMO se revisa durante la 1.ª semana del último mes de cobertura. Los solicitantes deberán ser notificados acerca del proceso anual de revisión de elegibilidad al menos 30 días antes de la fecha de aniversario.



F. Notificación de Cambios en la Elegibilidad

Es responsabilidad del miembro o del solicitante, si el miembro es menor de edad, notificar a SFHP dentro de los 31 días acerca de todos los cambios en la inelegibilidad que afecten la afiliación del miembro al programa Healthy Kids HMO.

G. Cambios Relevantes en la Afiliación

Si considera que el programa Healthy Kids HMO cometió un error al decidir si su hijo es elegible, puede solicitar una apelación a la Audiencia justa del Departamento de Servicios Sociales de California (CDSS). Puede solicitar una Audiencia justa por teléfono o por escrito:

- Por teléfono: llame al **1(800) 952-5253**. Este número puede mantenerse muy ocupado. Podría recibir un mensaje indicándole que llame más tarde. Si no puede escuchar o hablar bien, llame al TTY/TDD **1(800) 952-8349**
- Por escrito: llene un formulario de Audiencia o envíe una carta a:
California Department of Social Services
State Hearing Division
P.O.Box 944243, Mail Station 9-17-37
Sacramento, CA 94244-2430

Si necesita más información sobre cómo presentar su apelación de elegibilidad, también puede comunicarse con la Cobertura de California al **1(800) 300-1506**, para hablar con un representante que puede ayudarle, de lunes a viernes de 8:00am a 6:00pm. Durante determinados momentos del año, el Centro de servicio de cobertura de California puede estar disponible los días sábados, de 8:00am a 5:00pm. La llamada es gratis.

Responsabilidades Financieras del Miembro

Primas Anuales

Los miembros de Healthy Kids HMO pagan \$189 por miembro para cada uno de los miembros inscritos en el plan, con una prima anual máxima de \$567 por familia. Una vez inscrito, utilice uno de los siguientes métodos para pagar sus primas:

- Cheque de caja
- Giro bancario
- Cheque personal

El plan no incrementará el monto de la prima a menos que el solicitante haya recibido un aviso por escrito con 30 días de anticipación, enviado por correo regular, prepago de U.S. Envíe a la última dirección del solicitante registrada en el plan.

Copagos y Límites de los Copagos

Los miembros son financieramente responsables de los copagos según se indica en el Resumen de Beneficios. Sin embargo, el plan trabajará con los miembros que no puedan hacer copagos extendidos, para desarrollar un plan de pago que se ajuste a sus necesidades. Llame a Servicio al Cliente al **1(415) 547-7800** (llamada local) o **1(800) 288-5555**, si el miembro tiene dificultades para realizar los copagos.

Nota: No hay copagos por visitas preventivas o para miembros menores de 24 meses de edad para exámenes de niño sano o visitas al consultorio. No hay copagos para miembros que se ha documentado que son nativos de Alaska o nativos americanos.



Los miembros no tendrán que pagar más de \$250 en copagos durante ningún año de beneficios. Los miembros deben pedir un recibo siempre que realice un copago, guardarlo y llevar un registro de todos los pagos para poder demostrar que ha pagado el máximo, si esto ocurre durante el año de membresía. Al llegar al límite, los miembros deben comunicarse con Servicio al Cliente al **1(415) 547-7800** (llamada local) o al **1(800) 288-5555** para obtener una tarjeta de sin copago. Presente esta tarjeta en cada visita al consultorio del médico o al farmacéutico para comprobar que ha alcanzado el monto máximo de copagos para ese año de beneficio.

A excepción de cualquier copago aplicable, los miembros no son financieramente responsables por los servicios proporcionados por sus PCP. Para todos los demás servicios que sean beneficios de SFHP, los miembros no son financieramente responsables de los costos de dichos servicios, aparte de cualquier copago aplicable, si los servicios son referidos por el PCP y se ha obtenido una autorización. En caso de que SFHP o el grupo médico del miembro no le pague a un proveedor participante los servicios con cobertura, el miembro no será responsable ante el proveedor por ninguna suma adeudada por SFHP o por el grupo médico del miembro. Los servicios que son beneficios de SFHP, pero que no han sido autorizados, no tendrán cobertura de SFHP y serán responsabilidad financiera del miembro. Si usted recibe servicios no autorizados en una situación que no se considere de forma razonable una emergencia, usted será responsable de los costos de dichos servicios. Los servicios que no sean beneficios de SFHP según el programa de beneficios de SFHP son responsabilidad financiera del miembro, incluso si dichos servicios son referidos por el PCP del miembro.

Reembolso de Reclamos por Servicios de Emergencia

Si se recibieron servicios de salud mental o médicos de emergencia y el miembro realizó gastos por dichos servicios, el miembro debe presentar al SFHP un reclamo completo con el registro de servicio en un plazo de 90 días posteriores a la fecha en que se recibieron los servicios para los cuales se solicita el pago. Si el reclamo no se presenta en este período, SFHP no pagará dichos servicios, a menos que el reclamo se haya presentado tan pronto como fue razonablemente posible según lo determine el grupo médico o SFHP. Si los servicios no fueron previamente autorizados, SFHP revisará el reclamo retrospectivamente para cobertura. SFHP cubrirá los servicios como médicamente necesarios o en donde el miembro consideró razonablemente que existió una condición médica de emergencia, incluso si después se determina que en realidad la emergencia no existió. En caso de que SFHP determine que los servicios de emergencia que el miembro obtuvo están cubiertos, SFHP pagará a los médicos directamente o reembolsará al miembro si pagó por los servicios.



Acceso Para Discapacitados

Acceso Físico

SFHP ha realizado todo lo posible para asegurar que nuestras oficinas, las oficinas e instalaciones de los proveedores participantes en el plan tengan acceso para las personas discapacitadas. Si no puede encontrar un proveedor participante accesible, llame al **1(415) 547-7800** (llamada local) o al **1(800) 288-5555** y Servicio al Cliente le ayudará a encontrar un proveedor alternativo.

Acceso Para Personas con Impedimento Visual

Esta Evidencia de cobertura (EOC) y otros materiales importantes del plan estarán disponibles en formatos alternativos para las personas con impedimento visual. Estarán a disposición impresiones con letra grande y formatos computarizados agrandados y esta EOC estará disponible en cinta de audio. Para obtener formatos alternativos o para recibir ayuda directa para leer EOC y otros materiales, llame a Servicio al Cliente al **1(415) 547-7800** (llamada local) o **1(800) 288-5555**.

Ayuda en Otros Idiomas y Para Personas con Deficiencias Auditivas

Si el inglés no es su idioma principal o si usted se siente más cómodo hablando en otro idioma, Servicio al Cliente puede ayudarle. Nuestros representantes de Servicio al Cliente hablan otros idiomas. Si no contamos con un representante que hable su idioma, tenemos intérpretes externos disponibles por teléfono. Llame a Servicio al Cliente al **1(415) 547-7800** (llamada local) o al **1(800) 288-5555**. Servicio al Cliente también para obtener ayuda para

encontrar un médico que hable su idioma. Usted tiene derecho a los servicios de un intérprete sin costo alguno al recibir atención médica o utilizar los servicios médicos. También tiene derecho a pedir los servicios de intérprete en persona o por teléfono y a no utilizar a menores, amigos o familiares como intérpretes, a menos que usted lo solicite.

Derechos y Responsabilidades del Miembro

Derechos del Miembro

Como miembro de SFHP Healthy Kids HMO, tengo derecho a:

- Ser tratado con respeto sin importar cuál es mi sexo, cultura, idioma, apariencia, orientación sexual, raza, presencia de discapacidad o capacidad de movilización.
- Recibir información acerca de todos los servicios médicos disponibles para mí, incluyendo una explicación clara de cómo obtenerlos.
- Seleccionar un PCP del Directorio de proveedores del programa SFHP Healthy Kids HMO que proporcione o coordine toda la atención que necesito.
- Recibir atención médica buena y adecuada incluyendo servicios médicos preventivos y educación sobre la salud.
- Participar activamente en las decisiones relacionadas con mi atención médica. Hasta donde lo permita la ley, también tengo derecho a negarme a recibir o a suspender el tratamiento.



- Recibir suficiente información para ayudarme a tomar una decisión informada antes de recibir tratamiento.
- Conocer y entender mi afección médica, el plan de tratamiento, los resultados esperados y los efectos de todo esto sobre mi vida diaria.
- Recibir servicios de interpretación sin costo.
- Presentar una queja o reclamo si no se cumplen mis necesidades culturales o lingüísticas.
- Que se me explique el significado y los límites de la confidencialidad. Entiendo que, si soy menor de edad, mi médico u otro personal puede necesitar hablar con mis padres o tutor acerca de algunos temas. Si esto ocurre, la información se discutirá en su totalidad conmigo también.
- Tener registros médicos confidenciales, excepto cuando la divulgación de los mismos sea exigida por la ley o yo lo haya autorizado por escrito. Con una notificación adecuada, tengo derecho a revisar mis registros médicos con mi PCP.
- Estar informado acerca de cualquier transferencia a otro hospital, incluyendo la información acerca de por qué es necesaria la transferencia y las alternativas disponibles.
- Obtener una referencia médica de mi PCP para una segunda opinión.
- Estar completamente informado acerca del procedimiento de apelaciones de SFHP y entender cómo utilizarlo sin temor a interrupción de la atención médica y cómo presentar mi apelación.

- Participar en el establecimiento de la política pública de SFHP, como se describe en esta Evidencia de Cobertura.

Responsabilidades del Miembro

Como miembro de Healthy Kids HMO, tengo la responsabilidad de:

- Leer cuidadosamente todos los materiales del SFHP inmediatamente después de afiliarme, a fin de entender cómo utilizar mis beneficios del SFHP.
- Hacer preguntas cuando sea necesario.
- Seguir las disposiciones de mi membresía de SFHP como se explica en esta Evidencia de cobertura.
- Ser responsable de mi salud.
- Seguir los planes de tratamiento que mi médico desarrolle para mí y considerar y aceptar las consecuencias potenciales si me niego a cumplir con los planes o las recomendaciones de tratamiento.
- Hacer preguntas acerca de mi afección médica y asegurarme de entender las explicaciones e instrucciones que se me den.
- Programar y asistir a mis citas médicas e informar con anticipación a mi médico cuando deba cancelarlas.
- Comunicarme abiertamente con mi médico a fin de poder desarrollar una relación fuerte basada en la confianza y en la cooperación.
- Ofrecer sugerencias para mejorar SFHP.



6 | Resumen de Beneficios del Programa Healthy Kids HMO

- Ayudar al SFHP a mantener expedientes médicos precisos y actualizados proporcionando información oportuna respecto a cambios de domicilio, situación familiar y otra cobertura de plan de salud.
- Notificar al SFHP en cuanto sea posible si se me factura incorrectamente o si tengo quejas.
- Tratar al personal y a los profesionales de atención médica de SFHP de manera respetuosa y cortés.
- Según lo requiera el programa Healthy Kids HMO, pagar a tiempo cualquier prima, copago y cargo por servicios sin cobertura.

Definiciones

Afección aguda es una afección médica que involucra un inicio repentino de síntomas debido a una enfermedad, lesión u otro problema médico que requiere de atención médica inmediata y que tiene una duración limitada.

Solicitante es cualquier persona mayor de 18 años de edad que es un padre o una madre natural o adoptivo; un tutor legal o un familiar cuidador, padres adoptivos temporales o padrastros que viven con el niño, que solicitan cobertura en el programa Healthy Kids HMO en nombre del niño. Solicitante también es una persona de 18 años que solicita en nombre propio la cobertura del programa Healthy Kids HMO.

Profesional médico debidamente calificado es proveedor de atención primaria, especialista u otro profesional médico que actúa dentro de su alcance profesional y que posee formación clínica, incluyendo capacitación y experiencia,

relacionados con la enfermedad, patología, afección o afecciones asociadas con la petición de una segunda opinión.

Fecha de aniversario es la fecha de cada año que corresponde al día y mes en que inició la cobertura del miembro en el programa Healthy Kids HMO.

Autorización (autorizado) es el requisito de que el PCP del miembro o grupo médico y en algunos casos el plan de salud, apruebe ciertos servicios antes de que dichos servicios se proporcionen.

Autodonación de sangre es el acto de donar la propia sangre del miembro para ser almacenada y utilizada en el futuro para una cirugía planificada que pudiera necesitar una transfusión de sangre.

Beneficios (servicios con cobertura) son aquellos servicios médicamente necesarios, materiales y medicamentos que un miembro tiene derecho a recibir de acuerdo con los términos del contrato de SFHP y esta Evidencia de cobertura. Excepto en caso de emergencia, todos los servicios, que serán beneficios, los deben proporcionar proveedores participantes y deben estar autorizados.

Año de beneficios es el período de doce (12) meses que inicia el 1 de octubre de cada año a las 12:01am.

California Children's Services (CCS) es un programa estatal y del condado de seguros y administración de casos de niños con ciertas afecciones médicas discapacitantes.

Clínica es el lugar, además de la sala de emergencia del hospital, donde un equipo de médicos, enfermeras y otros profesionales médicos proporcionan tratamiento a pacientes ambulatorios.



Queja también se llama reclamo o apelación.

Algunos ejemplos de una queja son cuando:

- No pueda obtener un servicio, tratamiento o medicamento que necesita.
- Su plan le niegue un servicio, tratamiento o medicamento que necesita.
- Su plan deniegue servicios y diga que no son médicamente necesarios.
- Tenga que esperar demasiado tiempo para que le den una cita.
- Reciba mala atención o le traten de manera grosera.
- Su plan no le reembolse el dinero que pagó por una emergencia o por atención de urgencia.
- Reciba una factura que considere que no tiene que pagar.

Continuidad de la atención es su derecho a continuar consultando a su médico en algunos casos, aunque su médico abandone su plan de salud o el grupo médico.

Copago es la cantidad que un miembro debe pagar por ciertos beneficios.

Procedimiento cosmético es cualquier cirugía, servicio, medicamento o suministro diseñado para alterar o modificar las estructuras normales del cuerpo a fin de mejorar la apariencia.

Decisión de cobertura es una decisión tomada ya sea por el plan de salud o por el grupo médico de denegar, aprobar, diferir o modificar un servicio de atención médica solicitado basándose sustancialmente en el hallazgo de que la prestación de un servicio en particular se incluye o se excluye como servicio con cobertura según los términos y condiciones del contrato del SFHP y esta Evidencia de cobertura.

Servicios cubiertos (Beneficios):

consulte beneficios.

Atención asistencial o de mantenimiento es la atención proporcionada principalmente para brindar alojamiento y alimentación o para cumplir las actividades de la vida diaria (las cuales pueden incluir atención de enfermería, enseñanza de higiene personal y otras formas de cuidados personales) o atención supervisada a un miembro que está incapacitado mental o físicamente.

Atención y servicios dentales son servicios o tratamientos realizados a los dientes o encías ocasionados o no por lesión accidental, incluyendo cualquier aparato o dispositivo aplicado a los dientes o encías.

Discapacidad es una lesión, una enfermedad o una afección. Sin embargo, todas las lesiones sufridas en un mismo accidente serán consideradas como una incapacidad. Todas las enfermedades que existen de forma simultánea, las cuales se deben a la misma causa o a las causas relacionadas, serán consideradas una incapacidad. Si cualquier enfermedad se debe a causas que son las mismas o están relacionadas con las causas de alguna enfermedad previa, la enfermedad subsiguiente será considerada una continuación de la incapacidad previa y no una incapacidad independiente.

Servicio de atención médica en disputa es cualquier servicio de atención médica elegible para cobertura y pago según el contrato del Plan de salud y esta Evidencia de cobertura, que ha sido denegado, modificado o retrasado por una decisión de San Francisco Health Plan o por uno de sus proveedores participantes, total o parcialmente debido a un hallazgo de que el servicio no es médicamente necesario.



6 | Resumen de Beneficios del Programa Healthy Kids HMO

Atención a domicilio es la atención proporcionada en un hospital o en otro centro autorizado debido a que la atención en el hogar del paciente no está disponible o no es adecuada.

Equipo Médico Duradero (DME) es el equipo médico adecuado para ser utilizado en el hogar que: 1) tiene por objeto ser utilizado en repetidas ocasiones, 2) generalmente no es útil para personas que no estén enfermas o lesionadas y que 3) principalmente sirve un propósito médico. El equipo médico duradero también incluye oxígeno. El equipo médico duradero no incluye artículos de conveniencia ni materiales desechables que no sean bolsas de ostomía o materiales de catéter urinario.

Afección médica de emergencia es una afección médica que se manifiesta a través de síntomas agudos de suficiente severidad (incluido el dolor agudo o una molestia psiquiátrica) tal que podría esperarse que la ausencia de atención médica inmediata resulte en alguno de los siguientes:

1. poner la salud del paciente en grave riesgo;
2. impedimento grave de las funciones corporales;
3. disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo.

Servicios de emergencia significa detección, exploración y evaluación médica por parte de un médico o hasta donde lo permitan las leyes aplicables, por parte de otro personal adecuado bajo la supervisión de un médico, para determinar si existe una afección médica de emergencia o trabajo de parto activo y, de ser así, la atención, el tratamiento y la cirugía por parte de un médico necesarios para aliviar o

eliminar la afección médica de emergencia, dentro de las capacidades del centro. Servicios de emergencia también se refiere a cualquier detección, exploración y evaluación adicional por parte de un médico o de otro personal hasta donde lo permitan las leyes aplicables y dentro del alcance de su licencia y privilegios clínicos, para determinar si existe una afección médica de emergencia psiquiátrica y la atención y el tratamiento necesarios para aliviar o eliminar la afección médica de emergencia psiquiátrica dentro de las capacidades del centro.

De naturaleza experimental o investigativa incluye cualquier tratamiento, terapia, procedimiento, medicamento o uso de medicamentos, instalaciones o uso de instalaciones, equipo o uso de equipo, dispositivo o uso de dispositivos o suministros que no estén reconocidos de acuerdo con los estándares médicos profesionales generalmente aceptados como seguros y efectivos para utilizarse en el tratamiento de la enfermedad, lesión o condición en cuestión. Los servicios que requieren aprobación del gobierno federal o cualquier agencia del mismo o de cualquier dependencia del gobierno Estatal, antes de ser utilizados y donde dicha aprobación no haya sido otorgada en el momento en que los servicios o suministros fueron prestados, se considerarán experimentales o investigativos. Los servicios o suministros que no estén aprobados ni reconocidos de acuerdo con los estándares médicos profesionales aceptados, pero que de cualquier manera estén preautorizados por la ley o por una dependencia gubernamental para utilizarse en pruebas, ensayos u otros estudios en pacientes humanos, serán considerados de naturaleza experimental o investigativa.



El Lineamiento de Ingreso Federal de Pobreza es establecido cada año por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de U.S. (HSS). Estos lineamientos se usan para determinar la elegibilidad para ciertos programas, como Healthy Kids HMO o Medi-Cal. Los lineamientos de pobreza también se conocen como “nivel federal de pobreza” (FPL).

Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) es una ley que protege su derecho a adquirir un seguro médico y a que sus expedientes médicos sean confidenciales.

Plan de salud significa San Francisco Health Plan.

Contrato del plan de salud se refiere a la Evidencia de cobertura/Formulario de autorización de divulgación combinados emitidos por SFHP para el miembro individual, que establece los servicios, la elegibilidad y otros términos y condiciones de cobertura que los miembros tienen derecho a recibir de SFHP. Llame a Servicio al Cliente al **1(415) 547-7800** (llamada local) o al **1(800) 288-5555** para solicitar una copia.

Profesional de la salud es una persona que tiene una autorización o certificado adecuado para proporcionar servicios de atención médica en el Estado de California. Los profesionales médicos incluyen, pero no se limitan a psicólogos, podiatras, enfermeras, terapeutas físicos, terapeutas ocupacionales, optometristas, dentistas y técnicos de laboratorio.

Cuidados paliativos son la atención y servicios proporcionados a un miembro en un hogar por parte de una agencia autorizada o certificada de atención médica en el hogar o en un centro de cuidados paliativos autorizado, que están:

- Diseñados para proporcionar cuidados paliativos y de apoyo a personas con diagnósticos de un afección incurable o irreversible con alta probabilidad de causar la muerte en el próximo año o antes;
- Dirigidos y coordinados por profesionales médicos y
- Autorizados previamente por SFHP.

Hospital es un centro de atención médica autorizado por el estado de California y acreditado por la Comisión Conjunta de Acreditación de Organizaciones de Atención Médica (Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations), como:

- Un hospital de atención aguda o
- Un hospital psiquiátrico o
- Un hospital que funciona principalmente para el tratamiento del alcoholismo o abuso de sustancias.

Un centro que sea principalmente un hogar de reposo, un hogar para ancianos o un centro de enfermeras calificadas que se encuentre en una parte diferente del hospital no se incluye en esta definición.

Servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados incluyen únicamente aquellos servicios que son médicamente necesarios y que satisfacen los requisitos del hospital, requieren la hospitalización aguda en cama (con permanencia nocturna) y que no podrían haber sido proporcionados en el consultorio de un



6 | Resumen de Beneficios del Programa Healthy Kids HMO

médico, en el departamento de pacientes ambulatorios de un hospital, ni en otro centro menor sin afectar adversamente la afección del paciente ni la calidad de la atención médica prestada. Los servicios para pacientes hospitalizados que no son una necesidad médica incluyen hospitalización:

- Para estudios diagnósticos que pudieran haber sido proporcionados de forma ambulatoria;
- Para observación o evaluación médica;
- Para sacar al paciente de su trabajo o ambiente doméstico usual para su comodidad personal;
- En un centro de manejo del dolor para tratar o curar el dolor crónico;
- En una unidad de trastornos de la alimentación para tratar dichos trastornos; o
- Para la rehabilitación de pacientes hospitalizados proporcionada de forma ambulatoria.

SFHP se reserva el derecho de revisar todos los servicios para determinar si son un medicamento necesarios.

Paciente hospitalizado es una persona que ha sido admitida a un hospital o centro de enfermeras calificadas como paciente registrado en cama y que está recibiendo servicios bajo la dirección de un médico.

Revisión médica independiente (IMR) Una revisión de la denegación de su plan de salud respecto a la solicitud de algún servicio o tratamiento (el Departamento de Atención Médica Administrada proporciona la revisión, que realizan médicos independientes expertos y su plan de salud debe pagar el servicio si una IMR decide que usted necesita el servicio).

Que amenaza la vida: significa uno de estos significados o ambos: (a) Enfermedades o afecciones en las que la posibilidad de muerte es alta a menos que el curso de la enfermedad o de la afección se interrumpa; (b) Enfermedades o afecciones con resultados potencialmente fatales, en las que el fin de la intervención clínica es la supervivencia.

Grupo médico es el grupo médico integrado, asociación de Médicos Independientes (IPA) o entidad médica similar con la cual está asociado el PCP del miembro para proporcionar los beneficios a los miembros de SFHP y que ha celebrado un contrato con el SFHP para prestar servicios a los miembros.

Medicamento necesario se refiere a aquellos servicios médicos especializados que han sido establecidos como seguros y efectivos, que son proporcionados de acuerdo con estándares profesionalmente reconocidos y generalmente aceptados para tratar una enfermedad o lesión y que, según lo determina el SFHP, son necesarios para mejorar o mantener la función corporal; congruente con los síntomas o con el diagnóstico; no proporcionados principalmente para la comodidad del paciente, el médico tratante u otro proveedor y que son proporcionados al nivel más adecuado en que se puede brindar al paciente de forma segura y efectiva.

Miembro es la persona que cumple con los requisitos de elegibilidad del programa Healthy Kids HMO y que está afiliado y aceptado por SFHP como miembro y que ha mantenido la membresía con SFHP de acuerdo con el contrato del Plan de salud.



Servicios de atención de salud mental incluye psicoanálisis, psicoterapia, asesoría, tratamiento médico u otros servicios que usualmente son proporcionados por un psiquiatra, psicólogo, trabajador social clínico autorizado o consejero matrimonial, familiar e infantil para diagnóstico o tratamiento de trastornos mentales o emocionales o para los problemas mentales o emocionales asociados con una enfermedad, lesión o alguna otra afección.

Proveedor no contratado es un proveedor de atención primaria, grupo médico, hospital u otro profesional médico que no está contratado para proporcionar servicios de atención médica a los miembros del SFHP.

Terapia Ocupacional es el tratamiento bajo la dirección de un médico y proporcionado por un terapeuta ocupacional certificado y autorizado utilizando artes, manualidades o capacitación específica para adiestrar en capacidades de la vida diaria a fin de mejorar o mantener la capacidad de funcionar de un paciente.

Ortopédico es un aparato utilizado para apoyar, alinear, evitar o corregir deformaciones o para mejorar la función de partes corporales móviles.

Paciente ambulatorio es una persona que recibe servicios bajo la dirección de un médico, pero que no incurre en cargos de estancia nocturna en el centro en el que se proporcionan los servicios.

Proveedor participante significa un médico, profesional de la salud, proveedor de salud institucional u otro proveedor de servicios de atención médica o suministros que tiene un acuerdo vigente y ejecutado, directa o indirectamente, con SFHP para proporcionar servicios con cobertura a los miembros.

Impedimento físico es un impedimento físico o mental que resulta en anormalidades anatómicas, fisiológicas o psicológicas que son demostrables por medio de técnicas diagnósticas clínicas o de laboratorio médicamente aceptables y que se espera que duren un período continuo de tiempo, no menor de doce meses.

Fisioterapia es el tratamiento bajo la dirección de un médico y proporcionado por un terapeuta físico registrado, terapeuta ocupacional certificado o médico autorizado en medicina podiátrica, utilizando agentes físicos, como ultrasonido, calor y masaje para mejorar el sistema musculoesquelético, neuromuscular y respiratorio de un paciente.

Médico es una persona licenciada y autorizada para dedicarse a la práctica de la medicina o de la medicina osteopática.

El plan significa San Francisco Health Plan.

Primas son las contribuciones familiares mensuales que se realizan en nombre de cada miembro por el solicitante.

Proveedor de atención primaria (PCP) es un médico general, médico familiar, internista, ginecólogo/obstetra, enfermera especializada o asistente médico asociado con un médico contratado o con un pediatra que tiene contrato con SFHP o con un grupo médico como un PCP para proporcionar atención médica primaria a los miembros y para referir, autorizar, supervisar y coordinar la provisión de todos los beneficios a los miembros de acuerdo con el contrato del plan de salud.

Prótesis (prostético) son piezas, aparatos o dispositivos artificiales utilizados para reemplazar una parte del cuerpo.



6 | Resumen de Beneficios del Programa Healthy Kids HMO

Afección médica psiquiátrica de emergencia

es un trastorno mental con síntomas agudos de suficiente gravedad para ponerle en peligro inmediato a usted o a las demás personas o si usted inmediatamente queda incapacitado para realizar actividades relacionadas con alimentos, refugio o vestido debido a un trastorno mental.

Cirugía reconstructiva es la cirugía realizada para corregir o reparar estructuras anormales del cuerpo ocasionadas por defectos congénitos, anomalías del desarrollo, trauma, infección, tumores o enfermedades para llevar a cabo cualquiera de los siguientes:

1. Para mejorar la función.
2. Para crear una apariencia normal, en la medida de lo posible.

Rehabilitación es la atención médicamente necesaria proporcionada para desarrollar y restaurar la capacidad de una persona de funcionar tan normalmente como sea posible después de una enfermedad o lesión discapacitante.

Terapia respiratoria es el tratamiento bajo la dirección de un médico y proporcionado por un terapeuta respiratorio capacitado y certificado para conservar o mejorar la función pulmonar de un paciente.

Segunda Opinión es una consulta que se hace a un médico de un grupo médico de SFHP que no sea el PCP o el especialista referido, antes de la programación de ciertos servicios que usualmente implican una cirugía.

Autorreferido significa no proporcionado, recetado ni referido por el PCP del miembro y no autorizado de acuerdo con los procedimientos del SFHP, excepto los servicios de emergencia.

Afección crónica grave es una afección médica debida a una enfermedad, padecimiento u otro problema o trastorno médico de naturaleza grave y que tiene una de las siguientes características:

1. Persiste sin curarse por completo o se empeora a lo largo de un período de tiempo.
2. Requiere tratamiento médico continuo para mantener la remisión o evitar el deterioro.

Trastorno emocional grave (SED) se refiere a una condición diagnosticada en un menor que no es un “trastorno causado por el abuso de sustancias” o “trastorno del desarrollo”. Un menor con SED también se comporta de forma que no es apropiada para la edad del menor. El departamento de salud mental del condado decide si un menor tiene una afección de SED, de conformidad con las leyes de California. Al tomar la decisión, el condado considerará si el menor tiene ciertos problemas. Estos pueden incluir la dificultad para cuidarse a sí mismo, problemas en la escuela o con sus relaciones familiares. El menor también puede tener otros problemas, como el riesgo de suicidio o violencia. O bien, es posible que el menor cumpla con los requisitos estatales de educación especial. El condado también puede considerar si el menor está en riesgo de ser retirado de su hogar y cuánto tiempo se espera que dure la condición.

Enfermedad seriamente debilitante significa enfermedades o afecciones que ocasionan una morbilidad mayor irreversible.

Área de servicio es el área geográfica atendida por el SFHP, que corresponde a la ciudad y al condado de San Francisco.



Servicios incluye los beneficios médicamente necesarios que tienen cobertura del SFHP cuando se solicitan y se proporcionan de acuerdo con las reglas establecidas en esta Evidencia de la Cobertura.

Enfermedad mental grave (SMI) se define como una afección de la salud mental que incluye todas las siguientes:

- Esquizofrenia
- Trastornos esquizoafectivos
- Trastorno bipolar (enfermedad maniaco-depresiva)
- Trastornos depresivos mayores
- Trastorno de pánico
- Trastorno obsesivo compulsivo
- Trastorno de desarrollo generalizado o autismo
- Anorexia nerviosa
- Bulimia nerviosa
- Trastorno emocional grave (SED)

SFHP significa San Francisco Health Plan.

Hospital de SFHP es un hospital autorizado por la ley estatal pertinente específicamente contratado por SFHP para proporcionar beneficios a los miembros de SFHP.

Proveedor de SFHP es un proveedor que tiene un acuerdo con el SFHP o con un grupo médico para proporcionar los beneficios del SFHP a los miembros.

Especialista de SFHP es un médico distinto a un PCP que tiene un acuerdo con el SFHP o con el grupo médico para proporcionar servicios a los miembros al ser referidos por un PCP.

Centro de enfermeras calificadas es un centro autorizado por el Departamento de Salud del Estado de California como un “Centro de enfermeras calificadas”. Un centro de

enfermeras calificadas puede ser una parte autorizada como centro de enfermeras calificadas de un hospital.

Terapia del habla es el tratamiento médicamente necesario bajo la dirección de un médico y proporcionado por un patólogo del habla o terapeuta del habla autorizado.

Referencias médicas permanentes son referencias médicas a un especialista que permiten que el miembro acuda a dicho especialista de forma reiterada a fin de continuar el tratamiento para un problema continuo o que pone en peligro la vida, afección degenerativa o discapacitante.

Enfermedad terminal es una condición incurable o irreversible que tiene una alta probabilidad de ocasionar la muerte en el transcurso de un año o menos.

Discapacidad total se refiere a:

- Una discapacidad que evita que un miembro trabaje (excediendo los permisos por enfermedad permitidos para dicha persona) continua y razonablemente en el empleo usual de la persona o en cualquier otro empleo que pudiera esperarse de forma razonable que la persona pudiera realizar, en vista de la situación de vida y capacidad física y mental de dicha persona.
- En el caso de un miembro que no tiene empleo, una discapacidad que le impida dedicarse de forma normal o con continuidad razonable a sus actividades usuales o a aquellas que razonablemente se podría esperar que desempeñara, en vista de la situación de vida y capacidad física y mental de la persona.



Atención de urgencia significa aquellos servicios cubiertos proporcionados por el tratamiento inmediato de una condición aguda imprevista que necesita una atención médica inmediata pero no necesita de atención de emergencia.

Selección de Médicos y Centros de Salud

Todos los servicios de atención médica a los cuales los miembros puedan tener derecho son proporcionados por médicos y otros profesionales médicos e instalaciones que son independientes de SFHP. SFHP no es un proveedor médico. Estos médicos, grupos médicos, hospitales y otros profesionales médicos no son empleados ni agentes de SFHP.

El área de servicio de SFHP es la Ciudad y el Condado de San Francisco. Para obtener información más detallada acerca de su elección de médicos y centros, consulte su copia del Directorio de proveedores de Healthy Kids HMO, que se le envió dentro del paquete de nuevo miembro. Si no tiene una copia, llame a Servicio al Cliente al **1(415) 547-7800** (llamada local) o al **1(800) 288-5555**. Debido a que los proveedores participantes incluidos en este Directorio pueden cambiar, llame a Servicio al Cliente para determinar si un médico en particular u otro profesional médico está disponible a través de SFHP.

Selección de un PCP

Es necesario que los miembros tengan un PCP y se les exhorta a seleccionar el PCP al momento de la afiliación. Cada PCP está afiliado a un grupo médico. Cada grupo médico utiliza ciertos especialistas, hospitales y otros profesionales

médicos afiliados con ese grupo médico, por lo que la elección del PCP por parte del miembro también determinará qué otros proveedores participantes estarán disponibles para prestar servicios de atención médica.

El PCP, junto con el grupo médico, es responsable de coordinar y dirigir todas las necesidades de atención médica de los miembros, tramitar referencias médicas a especialistas y a otros proveedores (incluyendo hospitales) y proporcionar la autorización previa requerida que necesitará el miembro para obtener los servicios de atención médica. El PCP y el grupo médico también ordenarán exámenes médicamente necesarios de laboratorio, rayos X y otros servicios con cobertura.

Si el miembro no selecciona un PCP al momento de la afiliación, SFHP le designará uno y se le notificará al miembro. Esta designación continuará vigente hasta que el miembro notifique al SFHP cuál es su selección.

Para poder obtener los beneficios, el miembro debe tener un PCP. Si el miembro no ha seleccionado un PCP, llame a Servicio al Cliente al **1(415) 547-7800** (llamada local) o al **1(800) 288-5555**, de lunes a viernes, de 8:30am a 5:30pm. Recuerde, para todas sus necesidades de atención médica (que no sean servicios de emergencia), incluyendo servicios de salud preventiva, problemas rutinarios de salud, consulta con especialistas y para hospitalización, el miembro debe comunicarse con su PCP para obtener la autorización para los servicios. Si el miembro necesita cancelar una cita programada, asegúrese de hacerlo con al menos 24 horas de anticipación.

Nota: A fin de recibir los servicios médicos con cobertura por parte de SFHP, el PCP y el grupo médico deben coordinar y autorizar la atención médica del miembro.



Cambio de su PCP o Grupo Médico

Puede cambiar de PCP o grupos médicos llamando al **1(415) 547-7800** (llamada local) o al **1(800) 288-5555**. Si solicita el cambio antes del día 16 del mes y no ha recibido servicios durante ese mes, el cambio se hará efectivo a partir del 1.º día del mes actual. Si usted solicita el cambio el día 16th del mes o después y usted recibió servicios durante ese mes, el cambio se hará efectivo el primer día del mes siguiente, en la mayoría de los casos.

Recuerde, si cambia de PCP a uno que esté afiliado a un grupo médico diferente, esta selección también puede dar como resultado un cambio de hospitales, especialistas y otros profesionales médicos de los cuales podría recibir atención médica.

Si el PCP deja de participar en el SFHP, el SFHP le notificará, a fin de que pueda elegir otro médico.

Programación de Citas

Toda la atención médica se coordina a través de su PCP. Los nuevos miembros deberán llamar a su PCP para programar una visita inicial después de su afiliación. Las citas de rutina se deberán programar con su PCP. Puede llamar al consultorio de su PCP las 24 horas del día, los 7 días de la semana si necesita atención. Al miembro se hará una referencia médica para ver un especialista si es médicamente necesario y según lo determine el PCP.

Una relación positiva con su PCP

A fin de ayudar a su PCP a ofrecerle o a organizar servicios médicamente necesarios, es importante que usted y su médico mantengan una relación cooperativa de médico y paciente. Si no se puede mantener una relación de cooperación y profesional, el SFHP le ayudará a seleccionar otro PCP.

Cómo Utilizar SFHP

Autorización de servicios

En esta Evidencia de cobertura, las palabras “autorizar” o “autorización” se refieren al requisito de que el miembro obtenga la aprobación del grupo médico y, en algunos casos, de SFHP para obtener servicios de atención médica referidos por el PCP antes de que se proporcionen dichos servicios. Usted nunca necesitará obtener una autorización o preguntarle a su PCP antes de recibir servicios de emergencia. Por lo general, el consultorio del PCP obtendrá la autorización cuando usted la necesite. Sin embargo, siempre es su responsabilidad obtener la referencia médica necesaria y asegurarse de que se obtuvo la autorización antes de recibir los servicios.

SFHP y su grupo médico son responsables de las decisiones concernientes a la autorización, modificación o denegación de los servicios. Las decisiones para autorizar, modificar o denegar servicios se basan en la determinación de la necesidad médica congruente con los criterios o lineamientos que se apoyan en los principios y procesos clínicos. El proceso que utilizan el plan y sus proveedores participantes cuando autorizan, modifican o deniegan servicios, así como una copia de los criterios y lineamientos



que se utilizan para tomar una decisión basada en la necesidad médica, están disponibles a solicitud, para los miembros, proveedores participantes y el público.

Con la excepción de los servicios proporcionados por el PCP y los servicios de emergencia médicamente necesarios (vea definición de servicios de emergencia en la página 48), todos los servicios con cobertura que se proporcionan por medio de SFHP a un miembro del SFHP deben ser referidos y coordinados por el PCP y autorizados de acuerdo con los reglamentos del grupo médico del PCP y de SFHP. Cualquier autorización necesaria del grupo médico o de SFHP la obtendrá el PCP en su nombre, pero siempre es responsabilidad del miembro comunicarse con su PCP para obtener las referencias médicas apropiadas para los servicios con cobertura que no sean proporcionados por el PCP. Tenga en cuenta, sin embargo, que una referencia médica de parte de su PCP no garantiza la cobertura de estos servicios. Las disposiciones de elegibilidad, beneficios, exclusiones y limitaciones que se describen en esta Evidencia de Cobertura aplicarán sean o no estos servicios referidos por el PCP del miembro.

Nota: Con la excepción de los servicios proporcionados por el PCP del miembro y los servicios de emergencia, todos los servicios de atención médica deben estar autorizados antes de la fecha en que se presten los servicios. Si los servicios no son autorizados antes de ser proporcionados, no serán un beneficio con cobertura, aunque sean necesarios.

Segundas Opiniones

Para asegurar que los miembros reciban servicios de atención médica adecuados y necesarios, SFHP les permite a los miembros obtener una segunda opinión. Si el miembro solicita una segunda opinión acerca de la atención de su PCP, la segunda opinión la proporcionará un profesional médico debidamente calificado elegido por el miembro dentro del mismo grupo médico. Si no hay un proveedor participante dentro del grupo médico, que esté debidamente calificado para tratar la afección del miembro u ofrecer una segunda opinión a nombre del miembro, entonces el plan deberá autorizar una segunda opinión por parte de un profesional médico debidamente calificado de otro grupo médico, o de ser necesario, fuera de la red de proveedores del plan. Si el miembro solicita una segunda opinión acerca de la atención de su especialista, la segunda opinión será proporcionada por cualquier profesional médico debidamente calificado de cualquier grupo médico dentro de la red de proveedores del plan, que sea de la elección del miembro. Si no hay un profesional de atención médica debidamente calificado dentro de la red de proveedores del plan para proporcionar una opinión, entonces el plan autorizará una segunda opinión por parte de un profesional de atención médica debidamente calificado fuera de la red de proveedores del plan.

Las solicitudes de segundas opiniones serán autorizadas de forma expedita. En casos de urgencia o de emergencia, se autorizará una segunda opinión en cuanto sea posible, de acuerdo con la buena práctica profesional y cuando sea posible, en un plazo de 72 horas.



Referencias con Especialistas

El PCP del miembro debe hacerle una referencia médica a un especialista para los servicios con cobertura autorizados y médicamente necesarios que el PCP no proporcione directamente. Por lo general, se referirá al miembro a un especialista que esté afiliado al mismo grupo médico que el PCP, pero se puede referir al miembro a un especialista fuera del grupo médico si el tipo de atención especializada necesario no está disponible dentro de ese grupo médico. En caso de que no haya disponible un médico de SFHP para proporcionar los servicios necesarios, el PCP le referirá a un proveedor que no pertenezca al SFHP para recibir los servicios después de obtener la autorización.

Nota: Para todos los servicios con cobertura que no los proporcione directamente el PCP del miembro, incluyendo especialistas, hospital de SFHP, laboratorios y rayos X, el miembro debe comunicarse primero con su PCP y se deben autorizar los servicios. En consulta con el miembro, el PCP designará el especialista, el hospital de SFHP u otro profesional médico de quién recibirá los servicios.

Acceso directo a Ginecólogos/Obstetras (OB/GYN)

Una mujer miembro tiene derecho a obtener servicios con cobertura de OB/GYN directamente de un especialista que sea un OB/GYN, o directamente de un médico y cirujano que practique medicina familiar, designado por SFHP como proveedor de servicios de OB/GYN sin una referencia médica de un PCP. El OB/GYN o el especialista debe ser parte del grupo médico del miembro. Los servicios con cobertura recomendados o referidos por estos médicos, que no sean las visitas de rutina, deben ser

autorizados por el grupo médico y/o SFHP de la misma manera que los demás servicios con cobertura.

Atención Médica de Emergencia

Una afección médica de emergencia es una afección médica o una afección médica psiquiátrica que se manifiesta a través de síntomas agudos de suficiente gravedad, que incluye dolor severo o una molestia psiquiátrica tal que podría esperarse que la ausencia de atención médica inmediata resultara en alguno de los siguientes: poner la salud del miembro o, en el caso de una mujer embarazada, la salud del feto, en serio peligro; impedimento serio a las funciones corporales o disfunción seria de cualquier órgano o parte del cuerpo. O, si una mujer embarazada está en trabajo de parto activo y que el trabajo de parto esté en un momento en donde cualquiera de lo siguiente pudiera ocurrir:

- No se cuenta con el tiempo adecuado para trasladarla de manera segura a otro hospital antes del parto; o
- Una transferencia representa una amenaza a la salud y seguridad del miembro o del niño nonato.

Afección Médica de Emergencia Psiquiátrica es un trastorno mental con síntomas agudos de suficiente gravedad como para ponerle en peligro inmediato a usted o a otras personas o si usted inmediatamente queda incapacitado para realizar actividades relacionadas con alimentos, refugio o vestido debido a un trastorno mental.

Si usted considera que una afección médica es una afección médica de emergencia, llame al **911** o acuda a la sala de emergencias más cercana para solicitar ayuda. Muestre su tarjeta



6 | Resumen de Beneficios del Programa Healthy Kids HMO

de identificación de miembro al personal del hospital y solicite que le informen a su proveedor de atención primaria acerca de su afección médica.

Para obtener servicios de emergencia, no es necesario contactar a su PCP antes de obtener los servicios. Sin embargo, deberá notificarle a su PCP dentro de las 24 horas siguientes a haber recibido atención, a menos que se determine que no era razonablemente posible comunicarse con el médico dentro de dicho plazo de 24 horas. En este caso, deberá notificarlo tan pronto como sea posible. SFHP cubrirá los servicios prestados en el caso de que el miembro haya creído razonablemente tener una emergencia, incluso si posteriormente SFHP determina que en realidad no se trató de una emergencia.

Si usted recibe servicios no autorizados en una situación en la que el plan de salud determine que no era razonable creer que se trataría de una emergencia, usted será responsable de los costos de dichos servicios.

Atención de Urgencia Fuera del Horario Regular y Durante los Dines de Semana

Si se siente enfermo, tiene fiebre u otro problema médico de urgencia, llame al consultorio de su proveedor de atención primaria, aun durante las horas en que el consultorio de su proveedor de atención primaria generalmente está cerrado. Su proveedor de atención primaria o un médico de turno siempre estarán disponibles para indicarle cómo manejar el problema en casa o si debe acudir a un centro de atención urgente o a una sala de emergencia en un hospital. Los problemas que pueden ser urgentes son problemas que por lo general necesita atención

dentro de 24 a 48 horas. Llame a su proveedor de atención primaria si tiene una necesidad médica de urgencia. Su proveedor de atención primaria le indicará qué hacer.

Siempre debe visitar a su médico para recibir atención o debe llamarlo si tiene preguntas, pero a veces no es posible comunicarse con su médico durante el día o fuera del horario regular. Cuando esto suceda llame Teladoc® al **1(800) 835-2362**. Puede tener una consulta por teléfono o video con un Teladoc® médico las 24 horas del día y los 7 días de la semana en 30 minutos o menos. Teladoc® está conformado por médicos autorizados de California y puede tratar problemas médicos sencillos, indicarle que consulte con su médico regular para que reciba atención de seguimiento o evaluar si es necesario que vaya a la sala de emergencias o si necesita atención de urgencia. Los médicos de Teladoc® también pueden recetar determinados tipos de medicamentos, pero no sustancias controladas. El servicio es gratuito y está disponible en su idioma. Para registrarse para recibir servicios de Teladoc®, visite **sfhp.org/teladoc**.

San Francisco Health Plan también cuenta con una Línea de Asesoría de Enfermería al **1(877) 977-3397**. Está conformada por enfermeras registradas capacitadas, que están disponibles 24 horas al día, siete días de la semana para ayudarle a responder sus preguntas de atención médica. El servicio es gratuito y está disponible en su idioma. La enfermera puede responder sus preguntas, darle consejos útiles, indicarle que se dirija al centro de atención de urgencia si fuera necesario y más.

La atención de urgencia recibida mientras se encuentre fuera del área de servicio es un beneficio con cobertura. Si usted se encuentra



fuera del área y se enferma, pero no se trata de una emergencia, llame a su PCP para determinar qué hacer, de serle posible. Recuerde llevar consigo su tarjeta de identificación de miembro. El teléfono de su PCP aparece en su tarjeta.

Atención Posestabilización y de Seguimiento Después de una Emergencia

Una vez que se haya tratado su afección médica en un hospital y ya no exista emergencia porque se estabilizó su afección, es posible que el médico que lo trata desee que permanezca en el hospital durante algún tiempo hasta que sea seguro que salga del hospital. Los servicios que recibe después de que su condición se ha estabilizado se llaman “servicios de posestabilización”.

Si el hospital en donde recibió los servicios de emergencia no es parte de la red contratada de San Francisco Health Plan (“hospital no contratado”), el hospital no contratado se comunicará con San Francisco Health Plan para obtener la aprobación para que usted permanezca en el hospital no contratado.

Si San Francisco Health Plan aprueba la admisión de su hijo en el hospital no contratado, usted no tendrá que pagar por los servicios, excepto algunos copagos que normalmente cobra San Francisco Health Plan.

Si San Francisco Health Plan le ha notificado al hospital no contratado que usted se puede trasladar de manera segura a uno de los hospitales contratados del plan, el San Francisco Health Plan coordinará y pagará su traslado del hospital no contratado a un hospital contratado

Si San Francisco Health Plan determina que se le puede trasladar de manera segura a un hospital contratado y usted o el tutor legal no está de acuerdo con el traslado, el hospital no contratado le debe proporcionar a usted o al tutor legal un aviso por escrito indicando que usted tendrá que pagar el costo total de los servicios de posestabilización que se le proporcionen en el hospital no contratado, después de que su condición de emergencia se haya estabilizado.

Además, es posible que usted tenga que pagar por los servicios, si el hospital no contratado no conoce su nombre y no obtiene su información de contacto en el plan para solicitar la aprobación para proporcionarle los servicios cuando ya esté estable.

SI CONSIDERA QUE SE LE COBRÓ INDEBIDAMENTE POR LOS SERVICIOS POSESTABILIZACIÓN QUE RECIBIÓ EN UN HOSPITAL NO CONTRATADO, COMUNÍQUESE CON EL DEPARTAMENTO DE SERVICIO AL CLIENTE DE SAN FRANCISCO HEALTH PLAN AL **1(415) 547-7800** o **1(800) 288-5555**, DE LUNES A VIERNES, DE 8:30AM A 5:30PM.

Beneficios del SFHP

SFHP cubre los beneficios que se describen en esta sección y en el manual del Programa Healthy Kids HMO, siempre que los servicios se obtengan según lo descrito en la página 55, autorización de servicios. Los copagos por estos servicios también se mencionan en la sección Resumen de Beneficios.

Los servicios tienen cobertura como beneficios únicamente si son médicamente necesarios, que se proporcionan a un miembro de SFHP y los proporciona ya sea el PCP del miembro o con



6 | Resumen de Beneficios del Programa Healthy Kids HMO

autorización según se requiere en este folleto. Recuerde, con excepción de los servicios de emergencia (consulte la definición en la página 48), todos los servicios deben ser referidos primero por el PCP del miembro y autorizados por el grupo médico del PCP del miembro (y en algunos casos por SFHP).

A. Vínculos con otros Programas de Beneficio y Coordinación de Servicios

1. California Children's Services (CCS)

Como parte de los servicios que se proporcionan por medio del programa Healthy Kids HMO, los miembros que necesiten atención médica especializada pueden ser elegibles para recibir servicios por medio del programa California Children's Services (CCS).

CCS es un programa médico de California que trata a niños que padecen de ciertas condiciones físicas discapacitantes y que necesitan atención médica especializada. Este programa está disponible para todos los niños de California cuyas familias cumplan con ciertos requisitos de elegibilidad médicos, financieros y residenciales. Los niños inscritos en el programa Healthy Kids HMO deben cumplir con los requisitos financieros de elegibilidad del programa CCS. La oficina de CCS del condado coordina los servicios prestados a través del programa CCS.

Si un proveedor de atención primaria del miembro sospecha o identifica una posible condición elegible de CCS, él o ella debe referir al miembro al programa de CCS local. SFHP puede ayudar con esta referencia. SFHP también realizará una referencia a CCS cuando el proveedor de atención primaria lo refiera a un especialista o donde exista una admisión como paciente hospitalizado, lo cual pareciera

involucrar la atención para un CCS elegible. El programa CCS determinará si la afección del miembro es elegible para los servicios de CCS.

Si la afección se considera elegible para obtener los servicios de CCS, el miembro permanecerá afiliado al programa Healthy Kids HMO. Se le hará una referencia médica y debe recibir tratamiento para la afección elegible para CCS por medio de una red especializada de proveedores de CCS o de centros de especialidades aprobados por CCS. Estos proveedores y centros de especialidad de CCS están altamente capacitados para tratar condiciones elegibles de CCS. Los servicios de CCS deben recibirse de proveedores seleccionados CCS y el pago por servicios elegibles de CCS obtenidos de proveedores no seleccionados por CCS será responsabilidad del tutor legal del miembro.

SFHP continuará con la atención primaria, servicios de prevención y cualquier otro servicio que no esté relacionado con la condición de elegibilidad de CCS, según lo descrito en este manual. SFHP también trabajará con el programa CCS y los proveedores para coordinar los servicios y atención proporcionados por el programa de CCS y SFHP. Si se determina que una afección no es elegible para los servicios del programa CCS, el miembro continuará recibiendo todos los servicios médicamente necesarios de SFHP.

Los niños inscritos en el programa Healthy Kids HMO pueden ser determinados como financieramente elegibles para el programa CCS, la oficina de CCS debe verificar el estado residencial para cada niño en el programa CCS. Si a un miembro se le hace una referencia médica al programa CCS, se solicitará al tutor legal del miembro que rellene una corta solicitud



para verificar el estado de residencia y asegurar la coordinación de la atención del miembro después de haber realizado la referencia médica.

Para obtener información adicional acerca del programa CCS llame a Servicio al Cliente de SFHP al **1(415) 547-7800** (llamada local) o al **1(800) 288-5555** o llame al programa local CCS del condado al **1(415) 575-5700**.

2. Beneficios de Salud Mental del Condado para Trastornos Emocionales Graves (SED) en Niños

Si el miembro presenta los comportamientos que se enumeran a continuación, puede obtener acceso a los servicios de salud mental por medio del SFHP.

- Problemas graves para comer o dormir
- Llanto o tristeza frecuentes
- Decir cosas que le preocupan a usted
- Comportamiento que ocasiona problemas serios en la familia y en la escuela
- Tener problemas constantes o frecuentes con compañeros de juego y amigos
- Lastimarse a sí mismo y a los demás a propósito

Como parte de los servicios proporcionados por medio del programa Healthy Kids HMO, los miembros que necesiten servicios especializados de salud mental por una afección de trastorno emocional grave (SED) serán referidos para una evaluación de SED en su departamento de salud mental local del condado. La referencia la puede hacer el proveedor de atención primaria del miembro o SFHP. Los padres también pueden referir a sus hijos directamente al departamento de salud mental del condado si los padres sospechan que su hijo sufre cualquiera de las afecciones que se enumeran a continuación. El especialista clínico de salud mental del condado

tomará la decisión final al determinar si el niño cumple con los criterios de SED.

¿Qué es un Trastorno emocional grave (SED)? SED se refiere a cualquier trastorno mental diagnosticable (en una persona menor de 19 años) que afecta de forma severa el funcionamiento social, académico y emocional. Se considera que un niño tiene SED si su comportamiento inapropiado no es resultado del abuso de drogas o alcohol o de un trastorno del desarrollo.

Para determinar si un niño tiene una afección de SED, debe presentar uno o más de los siguientes criterios:

- Tiene dificultades importantes en al menos dos de las siguientes áreas: cuidado personal, desempeño escolar, relaciones familiares o la habilidad de funcionar en la comunidad y ocurre al menos alguna de las siguientes situaciones:
 - El menor corre el riesgo de ser retirado de su hogar o ya ha sido retirado o
 - La afección de salud mental ha estado presente durante más de 6 meses o es posible que continúe durante más de 1 año si no recibe tratamiento.
- Muestra señales de comportamiento psicótico, riesgo de suicidio o violencia que están relacionados con los trastornos mentales.
- Cumple con requisitos de elegibilidad para educación especial no relacionados con trastornos del desarrollo.

Si se determina que un miembro tiene SED, el departamento de salud mental del condado debe



6 | Resumen de Beneficios del Programa Healthy Kids HMO

proporcionar la atención para la afección de SED. El plan puede referir al miembro al departamento de salud mental del condado para el tratamiento del SED. El plan debe proporcionar todos los servicios cubiertos médicamente necesarios hasta que el departamento de salud mental del condado determine la elegibilidad del menor con SED y proporcione los servicios médicamente necesarios para el tratamiento de la afección de SED. El plan y el departamento de salud mental del condado coordinarán los servicios para asegurar que se proporcionen todos los servicios y tratamientos médicamente necesarios al miembro que tiene una afección de SED.

El miembro permanecerá inscrito en el programa Healthy Kids HMO y continuará recibiendo atención primaria, atención especializada y todos los demás servicios para afecciones médicas no relacionadas SED con la afección de SFHP.

Si un miembro no cumple con los criterios de SED, continuará recibiendo del SFHP todos los servicios de atención médica médicamente necesarios.

Cuando se determina que un miembro tiene una afección de SED y el tutor legal del miembro rechaza los servicios del departamento de salud mental del condado y busca tratamiento con otros proveedores (aun si son proveedores de SFHP), el tutor legal será responsable del pago de los servicios.

Los servicios que proporciona el condado para las afecciones de SED no tienen ningún costo para los miembros y pueden incluir, pero no se limitan a:

- **Visitas como paciente ambulatorio** para el tratamiento de SED
- **Atención de salud mental** para pacientes hospitalizados

- Programas de tratamiento diurno
- **Terapia individual** o familiar
- **Todos los medicamentos** recetados para tratar la afección de SED
- **Asistencia con orientación** para el manejo de medicamentos relacionados con la afección de SED

Puede obtener información adicional sobre los servicios para niños que tengan SED al comunicarse con el departamento de salud mental del condado. Puede encontrar el número de teléfono del departamento de salud mental del condado en la guía telefónica en la sección del listado del gobierno bajo el título "County Government" (Gobierno del Condado).

3. Golden Gate Regional Center (GGRC)

El Golden Gate Regional Center (GGRC) se creó para satisfacer las necesidades de las personas con discapacidades del desarrollo. Las condiciones de discapacidad incluyen: retraso mental, epilepsia, trastorno profundo del desarrollo (PDD), autismo, parálisis cerebral, síndrome de Down, retrasos en el habla y el lenguaje. GGRC ayuda a sus clientes y sus familias para encontrar viviendas, escuelas, programas de día para adultos, transporte, atención médica y actividades sociales. La mayoría de sus servicios son gratuitos para los clientes elegibles. El PCP del miembro le pondrá en contacto con el GGRC. Si tiene un miembro de su familia que tiene más de dos (2) años con una discapacidad diagnosticada previo a los dieciocho (18) años que probablemente continuará indefinidamente, llame a GGRC al **1(415) 546-9222**. Los miembros deben visitar a sus PCP si creen que tienen una afección de discapacidad.



4. Early Start

Early Start es un programa federal para niños, desde el nacimiento hasta los 3 años de edad, que necesitan servicios de intervención temprana y:

- Presentan un retraso del desarrollo en una de las siguientes áreas: cognoscitiva, física, comunicativa, social/emocional, de adaptación/autoayuda.
- Discapacidad del desarrollo diagnosticada que se espera que continúe de forma indefinida
- Un alto riesgo de una discapacidad del desarrollo.

Para obtener más información acerca de este programa, llame al **1(415) 546-9222**.

5. Woman, Infants and Children (WIC)

Women, Infants and Children (WIC) es un programa de nutrición/alimentación que ayuda a los niños pequeños y a las mujeres a alimentarse bien y a mantenerse saludables. ¿Quién es elegible? Los niños menores de 5 años de edad, las mujeres embarazadas, las mujeres que estén amamantando o que recientemente tuvieron un bebé y los miembros que cumplan con los Lineamientos Federales de Ingresos. Los miembros elegibles reciben cupones gratuitos para obtener alimentos y educación sobre nutrición, así como apoyo para la lactancia materna. Pídale a su PCP que le ayude a presentar una solicitud o llamar para programar una cita al **1(415) 575-5788** o **1(888) WIC-WORKS** o **1(888) 942-9675**.

6. Esquema de beneficios

Los siguientes beneficios tienen la cobertura de PCP bajo el programa SFHP, cuando sean médicamente necesarios y están sujetos a la referencia médica del Healthy Kids HMO del miembro, a la autorización, a los copagos aplicables y a los demás términos, condiciones, limitaciones y exclusiones que se describen en esta Evidencia de Cobertura, incluso aquellos indicados en "Exclusiones y Limitaciones".

B. Servicios de Salud Preventivos

El programa de exámenes físicos de rutina es el siguiente:

Cubrimos una variedad de servicios de atención preventiva, que sean servicios de atención médica para ayudarle a mantenerse saludable o a prevenir enfermedades. Los siguientes servicios preventivos tienen cobertura de SFHP sin costo compartido para el miembro (lo que significa que los servicios tienen cobertura del 100 % de Gastos elegibles sin deducible, coaseguro ni copago):

- artículos o servicios basados en evidencia que se incluyan en un rango "A" o "B" de las recomendaciones actuales de la Fuerza de tareas de servicios preventivos de los Estados Unidos;
- Las vacunas que cuentan con una recomendación del Comité de asesoría sobre prácticas de vacunas de los centros para control y prevención de enfermedades con respecto a las personas involucradas; y con respecto a los bebés, niños y adolescentes, exámenes de detección y atención preventiva informada proporcionado por la



6 | Resumen de Beneficios del Programa Healthy Kids HMO

Administración de servicios y recursos de salud.

- Atención preventiva y pruebas de detección adicionales para mujeres con el apoyo de los lineamientos de la Administración de servicios y recursos de la salud.

Las recomendaciones actuales de la Fuerza de Tareas de servicios preventivos de los Estados Unidos cuando se trate de pruebas de detección de cáncer de seno, mamografía y prevención.

Los servicios preventivos también incluyen servicios para la detección de enfermedades sin síntomas que incluyen pero no se limitan a:

- Atención del bebé sano durante los primeros dos (2) meses de vida, incluyendo visitas hospitalarias del recién nacido, exámenes de salud y otras visitas al consultorio;
- Varios servicios de planificación familiar voluntaria;
- Servicios anticonceptivos;
- Atención prenatal;
- Prueba de audición;
- exámenes de enfermedades de transmisión sexual (ETS);
- pruebas del virus de inmunodeficiencia humana (HIV);
- Exámenes de citología en términos periódicos razonables;
- Exámenes anuales (examen pélvico, Papanicolaou y examen de los senos) y cualquier otro servicio ginecológico de su proveedor de atención primaria o de un proveedor OB/GYN de nuestro plan (no se requiere la aprobación de un proveedor de atención primaria) ;

- Mamografía para la detección de cáncer de seno o con fines de diagnósticos y prueba anual de detección de cáncer cervical según lo recomiende el PCP del miembro o un profesional médico calificado;

Pruebas de detección de cáncer médicamente necesarias, incluso pero no limitadas a exámenes de próstata, senos y cáncer cervical.

Una refracción ocular al año (para proporcionar una receta por escrito para anteojos) puede obtenerse de SFHP a través de Vision Service Plan. También tienen cobertura por medio del Vision Service Plan. los lentes correctores o aros (se incluye el acondicionamiento de lentes de contacto), ejercicios oculares y las demás refracciones oculares de rutina;

- Servicios de educación de la salud, que incluyen educación relacionada con salud conductual personal y la atención médica, que incluye llevar a su hijo al dentista antes de que le salga el primer diente (antes de los 2 años de edad) y recomendaciones sobre cómo aprovechar al máximo su cobertura de salud.

Limitaciones

La frecuencia de exámenes periódicos de la salud no se aumentará por razones que no estén relacionadas con las necesidades médicas del miembro, incluso el deseo del miembro de someterse a exámenes médicos adicionales, informes o servicios relacionados con el propósito de obtener o conservar un empleo, autorizaciones, seguro o una exoneración para deportes en la escuela.



C. Servicios Profesionales

Servicios profesionales médicamente necesarios y consultas con un médico u otro profesional médico. Cirugía, cirugía asistida y anestesia (paciente hospitalizado o paciente ambulatorio); hospitalización y visitas a centros de enfermeras calificadas; visitas a consultorios profesionales incluyendo visitas para pruebas y tratamiento de alergias, radioterapia, quimioterapia y tratamiento de diálisis; así como visitas a domicilio cuando sean médicamente necesarias.

Además, los servicios profesionales incluyen:

- Exámenes auditivos y de la vista, incluyendo refracciones oculares para determinar la necesidad de lentes correctores y exámenes de retina mediante dilatación ocular.
- Vacunas para niños, de acuerdo con la versión más reciente del Programa Recomendado de Vacunación Infantil/Estados Unidos (Recommended Childhood Immunization Schedule/United States), adoptado por el Comité Asesor sobre Prácticas de Vacunación (Advisory Committee on Immunization Practices, ACIP).
- Detección de los niveles de plomo en sangre de niños en riesgo de envenenamiento con plomo, según lo determine el PCP.
- Detección de fenilcetonuria (PKU) y tratamiento de fenilcetonuria PKU.
- Servicios profesionales para atención psiquiátrica, tratamiento de abuso de alcohol y otras sustancias.
- Biorretroalimentación Un máximo de ocho visitas para biorretroalimentación tienen cobertura con la referencia del PCP o especialista.
- Detección, diagnóstico y tratamiento de cáncer de seno.

D. Atención del Embarazo y Maternidad (Prenatal)

Visitas prenatales y posparto al consultorio médico y parto. Servicios profesionales y hospitalarios médicamente necesarios que incluyen cuidados prenatales y posparto y atención de las complicaciones del embarazo; exámenes del recién nacido y cuidados del recién nacido durante los primeros 30 días. Los recién nacidos tienen la cobertura de la membresía de la madre durante los primeros 30 días de vida. Después de los 30 días se deberá inscribir independientemente al recién nacido para estar cubierto por SFHP.

Pruebas genéticas, incluida la detección de alfa fetoproteína (AFP) está cubierta si es médicamente necesaria, y debe ser autorizada.

Servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados. Proporcionados para partos vaginales y cesárea y para complicaciones o afecciones médicas referidas del embarazo o parto. La duración de la estadía como paciente hospitalizado depende de la condición de la madre. El plan no restringirá su atención hospitalaria a menos de 48 horas después de un parto vaginal normal ni a menos de 96 horas después de una cesárea. Sin embargo, la cobertura de la atención hospitalaria para paciente hospitalizado puede ser por un período menor de 48-96 horas si se cumplen las siguientes dos condiciones:



6 | Resumen de Beneficios del Programa Healthy Kids HMO

1. El médico tratante en consulta con la madre toman la decisión del alta; y
2. El médico tratante programa una visita de seguimiento para la madre y el recién nacido dentro de las siguientes 48 horas después del alta.

Servicios de enfermera obstétrica

Disponible para los miembros que buscan atención obstétrica. La enfermera obstétrica seleccionada debe estar asociada con un médico que tenga contrato con el plan de salud. Las enfermeras obstétricas aparecen en una lista en el Directorio de proveedores de Healthy Kids HMO.

Nota: Toda la atención durante el embarazo y la maternidad debe ser proporcionada o referida por el PCP del miembro y debe estar autorizada. Los servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados tienen cobertura si se proporcionan en el hospital autorizado y únicamente si el miembro se encuentra bajo la atención y el tratamiento directo de su PCP o de un especialista autorizado. La cobertura fuera del área de servicio relacionada con el embarazo (incluye el parto) también está disponible en situaciones de urgencia y de emergencia.

E. Planificación Familiar

Los beneficios de planificación familiar, orientación, servicios profesionales para la esterilización según lo permitan las leyes federales y estatales, anticonceptivos con receta médica y de venta libre si el PCP determina que ninguno de los métodos anticonceptivos que el plan designa que tienen cobertura o como preferidos es médicamente adecuado para el paciente.

F. Servicios de Aborto

Los abortos son servicios cubiertos.

G. Tratamiento de Infertilidad

Los tratamientos de afecciones médicas del sistema reproductor tienen cobertura si son médicamente necesarios. El tratamiento de infertilidad como la fertilización in vitro, G.I.F.T. (Transferencia tubárica de gametos) o cualquier otra forma de fertilización inducida, inseminación artificial o servicios concomitantes o resultantes de procedimientos para o de los servicios de una madre sustituta no son servicios con cobertura.

H. Centros de Salud

Los siguientes servicios hospitalarios son beneficios de SFHP cuando están autorizados y se proporcionan en un hospital de SFHP según las reglas del SFHP:

- Los servicios hospitalarios relacionados con procedimientos dentales tienen cobertura cuando se deben a una condición médica subyacente o por la seriedad del procedimiento.
- Los servicios de un dentista o cirujano oral tienen cobertura del beneficio dental por medio del plan Delta Dental Plan.

Nota: Los beneficios hospitalarios no tienen cobertura si el miembro rechaza la atención y el tratamiento directo de un médico perteneciente al grupo médico u otro médico cuyos servicios hayan sido autorizados.



1. Admisiones hospitalarias

Los servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados durante una admisión autorizada incluyen:

- Habitación semiprivada y alojamiento, a menos que una habitación privada sea médicamente necesaria y esté autorizada. Si se utiliza una habitación privada sin autorización, el miembro será responsable de la diferencia entre el costo usual del hospital por una habitación con dos camas y la habitación privada.
- Atención general de enfermería y enfermería para servicios especiales cuando sean médicamente necesarios y estén autorizados.
- Servicios de cuidados intensivos.
- Sala de operaciones, salas de tratamiento especial, sala de parto, sala para recién nacidos e instalaciones relacionadas.
- Alimentos (y dietas especiales cuando sean autorizadas).
- Los servicios hospitalarios auxiliares incluyen los exámenes de diagnóstico de laboratorio, servicios de rayos X y servicios de terapia a corto plazo, sujetos al límite de visitas (descritos en la página 94). medicamentos, líquidos IV, biológicos y oxígeno administrado en el hospital y aprobado por la Administración de alimentos y medicamentos (FDA). Un suministro para tres días de medicamentos según las indicaciones de alta que dé el médico para la transición del hospital al hogar.
- Materiales quirúrgicos y de anestesia, apósitos y materiales para férulas, dispositivos implantados quirúrgicamente y prótesis (no incluye aparatos de ayuda auditiva implantados quirúrgicamente), otros materiales médicos, aparatos médicos y equipo administrados en el hospital, y dispositivos protéticos para una paciente que se someta a una mastectomía (para restaurar y lograr simetría para la paciente) o para un paciente que se someta a una laringectomía (para restaurar el habla). (Consulte beneficios de terapia a corto plazo, página 71).
- Administración de sangre y plasma sanguínea, que incluye el procesamiento de sangre en el hospital, el costo de la sangre, el plasma sanguíneo y otros productos sanguíneos. Incluye la recolección y almacenamiento de sangre autóloga cuando sea médicamente necesario.
- Terapia de radiación, quimioterapia y diálisis renal.
- Las admisiones como paciente hospitalizado por abuso de alcohol y sustancias únicamente tienen cobertura cuando sean para desintoxicación médicamente necesaria. Todos los demás tratamientos y servicios por abuso de alcohol y sustancias para pacientes hospitalizados no son beneficios.



6 | Resumen de Beneficios del Programa Healthy Kids HMO

- La duración de la hospitalización por mastectomía relacionada con una mastectomía o disección de nódulos linfáticos la determina el médico del miembro y el cirujano en consulta con el miembro.

2. Servicios Hospitalarios para Pacientes Ambulatorios

Los servicios y suministros para el tratamiento (que incluyen radiación y quimioterapia) o cirugía en un hospital para pacientes ambulatorios o centro de cirugía ambulatoria. La atención hospitalaria de psiquiatría o el tratamiento por abuso de alcohol y drogas para pacientes ambulatorios no tienen cobertura. Otros servicios de laboratorio, rayos X, servicios diagnósticos mayores para pacientes ambulatorios.

Los servicios radiológicos terapéuticos y de diagnóstico incluyen:

- Electrocardiografía; electroencefalografía; mamografía y servicios de laboratorio incluyen: pruebas para el tratamiento de diabetes, colesterol, triglicéridos, microalbuminuria, HDL/LDL, y hemoglobina A-1C (glucohemoglobina).
- Diálisis renal. Diálisis renal ambulatoria.
- También cubre el equipo, la capacitación y los materiales médicos necesarios para diálisis en el hogar.
- Radioterapia. Tratamiento de una afección por medio de la aplicación de una sustancia radioactiva.
- Suministros, equipo y servicios para el tratamiento y/o control de la diabetes. Suministros, equipo y servicios para el tratamiento y/o control de la diabetes incluso cuando dichos artículos, pruebas y servicios estén disponibles sin receta, incluyendo suministros y equipo como:
 - Monitores de glucosa en sangre y tiras de pruebas de glucosa
 - Monitores de glucosa en sangre diseñados para asistir a las personas con problemas visuales
 - Bombas de insulina y todos los materiales relacionados
 - Tiras de prueba de cetona en orina
 - Lancetas y dispositivos de punción con lancetas
 - Sistemas tipo pluma para administración de insulina
 - Aparatos podiátricos para evitar o tratar complicaciones relacionadas con la diabetes
 - Jeringas de insulina
 - Ayudas para la vista, excluyendo lentes, para ayudar a las personas con deficiencias visuales con correcta dosificación de la insulina
- Capacitación, educación y terapia de nutrición médica para el autocontrol de la diabetes como paciente ambulatorio
- Pruebas de laboratorio adecuadas para el manejo de la diabetes, incluyendo como mínimo: colesterol, triglicéridos, microalbuminuria, HDL/LDL y Hemoglobina A-1C (Glucohemoglobina)
- Examen de retina con dilatación



- Además, los siguientes artículos con receta médica están cubiertos si se determina que son médicamente necesarios:
 - Insulina;
 - Medicamentos con receta médica para el tratamiento de la diabetes, (de acuerdo al formulario de Healthy Kids HMO);
 - Glucagón.

3. Servicios del Centro de Enfermería Especializada

Un centro de enfermeras calificadas es un centro que tiene contrato con SFHP, ofrece servicios continuos de enfermería especializada y tiene licencia como centro de enfermeras calificadas por parte del Estado de California. Un centro de enfermeras calificadas puede ser una sección distinta de un hospital y el uso de dicha sección se tomará en cuenta para la cantidad máxima de 100 días durante cualquier año de beneficios. Sujetos a esta limitación, los siguientes beneficios en los centros de enfermeras calificadas se proporcionan cuando son médicamente necesarios y están autorizados y no para atención asistencial, convalecencia o atención a domicilio:

- Habitación semiprivada y alojamiento, a menos que una habitación privada sea médicamente necesaria y esté autorizada. Si se utiliza una habitación privada sin autorización, el miembro será responsable de la diferencia entre el costo usual del centro de enfermería calificada por una habitación con dos camas y la habitación privada.

- Atención general de enfermería y enfermeras especiales de guardia cuando esté autorizado.
- Dietas especiales cuando estén autorizadas.
- Fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del habla y otros servicios de rehabilitación de acuerdo con los límites máximos de SFHP.
- Oxígeno administrado en el centro de enfermeras calificadas.
- Administración de sangre y plasma sanguínea, que incluye el procesamiento de sangre en el hospital, el costo de la sangre, el plasma sanguíneo y otros productos sanguíneos. Incluye la recolección y el almacenamiento de sangre autóloga cuando sea médicamente necesario.
- Equipo médico duradero utilizado por el miembro durante una permanencia autorizada en el centro de enfermeras calificadas.

Nota: Los beneficios de enfermería especializada no se proporcionan para servicios de cuidados asistenciales o domiciliarios (servicios asistenciales) de acuerdo con la definición del SFHP.

Excepción: Los servicios asistenciales tienen cobertura para los miembros a quienes se les ha diagnosticado una enfermedad terminal (con alta probabilidad de causarles la muerte en un año o menos, según los determine el PCP del miembro), cuando sea médicamente necesario, se podrían autorizar los beneficios de enfermería especializada. En el caso de que los servicios sean beneficios por servicios parcialmente asistenciales y parcialmente por servicios de



6 | Resumen de Beneficios del Programa Healthy Kids HMO

enfermería calificada, SFHP cubrirá la proporción de los costos directamente atribuibles a la prestación de los servicios de enfermería calificada.

I. Servicios de Atención Médica en el Hogar

Los servicios de atención médica en el hogar son la prestación de servicios médicos especializados que profesionales médicos con contrato con SFHP prestan a un miembro confinado en su casa. El objetivo de los servicios de atención médica en el hogar es la transición del miembro de una institucionalización o para que no necesite servicios especializados continuos en el hogar. Un miembro confinado a su hogar no puede salir de su casa debido a una afección médica, excepto con considerable esfuerzo y asistencia.

Los servicios de atención médica en el hogar se proporcionan de acuerdo con un plan de tratamiento médico autorizado en el hogar y únicamente cuando sean médicamente necesarios y estén autorizados. Los servicios de atención médica en el hogar deben proporcionarse bajo la atención y supervisión directa del PCP del miembro dentro del área de servicio del grupo médico.

Los beneficios de atención médica en el hogar incluyen visitas intermitentes y de tiempo parcial por parte de una agencia de salud en el hogar para ofrecer servicios especializados de los profesionales de atención médica descritos en esta sección. Según sea autorizado, las visitas de atención médica en el hogar son realizadas por: una enfermera especializada; una enfermera vocacional con licencia; un fisioterapeuta, un terapeuta ocupacional, un terapeuta del habla o un terapeuta respiratorio (la terapia física, ocupacional, del habla y cualquier otra terapia de

rehabilitación proporcionada en esta sección contará para y estará sujeta a los límites máximos del SFHP, descritos en terapia a corto plazo); asistentes certificados de servicios de salud en el hogar en combinación con los servicios de las enfermeras o los terapeutas descritos en esta sección; servicios sociales médicos proporcionados por un trabajador social médico autorizado para consulta y evaluación. Se incluyen también los siguientes servicios de atención médica en el hogar:

- En conjunto con los servicios profesionales prestados por una agencia de atención médica en el hogar, suministros médicos y medicamentos administrados por parte de la agencia de salud en el hogar necesarios para el plan de tratamiento de atención médica en el hogar y los servicios farmacéuticos y de laboratorio relacionados en la medida en que estos servicios hubiesen sido proporcionados si el miembro hubiera estado hospitalizado.
- Visitas médicamente necesarias al hogar por parte de un médico.
- Equipo médico duradero si es médicamente necesario según el plan de tratamiento médico en el hogar del miembro. El equipo médico duradero será alquilado o comprado, según lo determine SFHP y debe estar autorizado. El equipo médico duradero no incluye equipo que sea principalmente para la conveniencia del miembro o de la persona que proporciona la atención al miembro. No se cubre el reemplazo por extravío ni la reparación debido a uso indebido ni el daño al equipo médico de uso en el hogar.



Bajo ninguna circunstancia el SFHP proporcionará atención médica en el hogar para servicios que no sean servicios especializados. No están cubiertos los servicios que son de naturaleza asistencial (atención asistencial) o que puedan ser debidamente proporcionados por un familiar sin especialidad o sin licencia. Esta limitación no aplica a los servicios de los centros de cuidados paliativos.

J. Atención en Centro de Cuidados Paliativos

SFHP también proporciona cuidados paliativos a sus miembros con enfermedades terminales por medio de visitas periódicas al domicilio del miembro por parte de personal de cuidados paliativos, con licencia, que tienen contrato con SFHP, si seleccionan este tratamiento en el hogar en lugar de los demás beneficios para los pacientes con enfermedades terminales que proporciona el plan. En cualquier momento el miembro puede cambiar su decisión de recibir cuidados paliativos y solicitar en su lugar los demás servicios que ofrece SFHP.

Cuando lo ordene un médico, los beneficios de cuidados paliativos incluirán los servicios de un médico, atención de enfermería, servicios sociales médicos, asistentes de servicios de salud en el hogar; medicamentos, materiales y aparatos médicos, asesoría y servicios por duelo, terapia física, ocupacional del habla; atención a corto plazo para paciente hospitalizado para el control del dolor y el manejo de síntomas, aseo del hogar y cuidado de reemplazo a corto plazo.

K. Beneficios de Terapia de Corto Plazo

Los beneficios de terapia de corto plazo son: fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del habla y terapia respiratoria. Los servicios y

beneficios de la terapia de corto plazo, proporcionados a pacientes hospitalizados o ambulatorios (incluso cuando se proporcionan en hospitales de cuidado intensivo, unidades de rehabilitación, centros de enfermería especializada, consultorios de pacientes ambulatorios o como parte de los servicios de atención médica en el hogar o de cuidados paliativos) podrán proporcionarse hasta por un máximo combinado de 60 días calendario consecutivos después de que se haya proporcionado la primera de dichas terapias para cualquier enfermedad o lesión. La terapia de corto plazo después del período de sesenta (60) días iniciales será autorizada si es médicamente necesaria. Todos los servicios de terapia a corto plazo deberán ser médicamente necesarios y autorizados por el grupo médico del plan.

L. Estudios Clínicos de Cáncer

Los costos por la atención de rutina a pacientes relacionados con la participación del miembro en un estudio clínico de cáncer que cumpla con los requisitos del Código de Salud y Seguridad, Sección 1370.6. El miembro debe ser diagnosticado con cáncer y haber sido aceptado en un ensayo médico de la fase I, II, III o IV para cáncer tras la recomendación de un proveedor de atención primaria para el miembro que indique que la participación del miembro en el ensayo tiene importancia potencial para beneficio del ensayo clínico que involucre un medicamento que esté exento, según los reglamentos federales, de una solicitud para un nuevo medicamento o que esté aprobado por uno de los siguientes: (1) Uno de los Institutos nacionales de salud; (2) Administración federal de alimentos y medicamentos; (3) Departamento de la Defensa de EE. UU.; o (4) Administración de veteranos de EE. UU.



6 | Resumen de Beneficios del Programa Healthy Kids HMO

La cobertura para el tratamiento en un estudio clínico se limita a los hospitales y proveedores participantes en California, a menos que el protocolo del estudio clínico no se suministre en un hospital de California o no lo suministre un médico en California.

Los costos de atención de rutina de los pacientes incluyen:

- Fármacos, artículos, dispositivos y servicios que de otra manera serían un beneficio cubierto bajo el plan si dichos fármacos, artículos, dispositivos y servicios no fueron proporcionados en conexión con un programa de ensayo clínico aprobado.

Los costos de atención de rutina de los pacientes no incluyen:

- Un medicamento o dispositivo que no haya sido aprobado por la FDA federal;
- Servicios que no sean servicios de atención médica, tales como viajes, alojamiento, gastos de acompañante y otros gastos no clínicos;
- Cualquier artículo o servicio que sea proporcionado exclusivamente para satisfacer las necesidades de recopilación y análisis de datos y que no se utilice para el tratamiento clínico del miembro;
- Servicios usualmente proporcionados por los patrocinadores de la investigación sin costo alguno;
- Cualquier servicio de atención médica que de otra forma esté excluido del programa Healthy Kids HMO.

M. Medicamentos con Receta

Los medicamentos con receta médicamente necesarios (incluyendo inyectables) y los suplementos nutricionales y fórmulas para el tratamiento de la fenilcetonuria (PKU) están cubiertos cuando sean recetados por un médico autorizado dentro del alcance de su licencia. La cobertura incluye agujas y jeringas cuando éstas sean médicamente necesarias para la administración del medicamento inyectable cubierto. Para los diabéticos, la cobertura incluye insulina, glucagón, jeringas, agujas y sistemas tipo pluma médicamente necesarios para la administración de insulina, bandas de pruebas de glucosa sanguínea, bandas de pruebas de cetonas y lancetas y dispositivos de punción en cantidades médicamente necesarias para el monitoreo y tratamiento de la diabetes dependiente de insulina, no dependiente de insulina y gestacional. Las vitaminas prenatales, el ácido fólico y los suplementos de fluoruro tienen cobertura únicamente si son médicamente necesarios y necesitan receta médica.

SFHP determinará, en consulta con el médico que prescribe, el suministro de medicamentos a prescribir. El formulario de SFHP incluye los medicamentos genéricos y el nombre de marca aprobado por FDA. No hay copago por medicamentos recetados proporcionados en un centro de pacientes hospitalizados, medicamentos administrados en el consultorio médico o en un centro para pacientes ambulatorios durante la permanencia del miembro en el centro. Para el copago consulte la sección de Cobertura para medicamentos recetados en la matriz del Resumen de beneficios del programa Healthy Kids HMO en la página 27. La sustitución de genéricos es necesaria, a menos que no exista el equivalente genérico del medicamento de marca o que sea



médicamente necesario que el miembro reciba el equivalente no genérico. Si necesita un medicamento no genérico, su médico debe solicitar específicamente que no se hagan sustituciones al escribir “sin sustituciones” en el formulario de la receta médica. La persona que emite la receta debe enviar una solicitud de autorización previa y podría aplicar un mayor copago.

Se cubre el suministro para hasta 90 días de medicamentos genéricos y de marca de mantenimiento e insulina, y para hasta 100 días de bandas de prueba y lancetas incluidas en el formulario de medicamentos.

Con una receta médica se cubre un suministro hasta por 12 meses de medicamentos o dispositivos anticonceptivos aprobados por la FDA. No hay copago por los medicamentos y dispositivos anticonceptivos que aparecen en el formulario de medicamentos y han sido aprobados por la FDA.

Se puede obtener un anticonceptivo de emergencia con un farmacéutico participante o con un proveedor no participante, en caso de una emergencia o evento médico.

Formulario de SFHP

Los proveedores participantes pueden recetar una gama de medicamentos con receta incluidos en el Formulario de medicamentos de SFHP. El formulario de medicamentos es la lista de medicamentos de SFHP que el Comité de farmacia y terapéutica de SFHP ha aprobado para que usen los miembros. El Formulario de medicamentos de SFHP es desarrollado, revisado regularmente y actualizado trimestralmente por Comité de farmacia y terapéutica de SFHP, el cual está conformado por el Director Médico de SFHP, farmacéuticos,

proveedores y otros representantes de salud del consumidor. Un miembro puede obtener una copia del Formulario de Medicamentos de SFHP en nuestro sitio web sfhp.org/providers o comunicándose con SFHP llamando al **1(415) 547-7800** (llamada local) o al **1(800) 288-5555**. Excepto por lo descrito en esta Evidencia de la cobertura, sólo los medicamentos con receta médica que aparecen en el Formulario de Medicamentos del SFHP están cubiertos. La presencia de un medicamento en el formulario no garantiza que su proveedor le recetará ese medicamento. El proveedor participante del miembro puede decidir recetar un medicamento que se encuentre en el Formulario de SFHP y que sea medicamento apropiado para el tratamiento de la afección del afiliado.

Un miembro o médico puede solicitar un medicamento con receta que no esté en el formulario. SFHP requiere una autorización previa para los medicamentos con receta que no estén en el formulario. Un médico o un farmacéutico debe presentar una solicitud de autorización previa a la compañía de administración de beneficios de farmacia de SFHP como se describe en la sección PROCESO DE AUTORIZACIÓN PREVIA de la página 16.

Un medicamento con receta médica que no esté incluido en el formulario tendrá cobertura:

A prescription drug that is not listed on the formulary will be covered:

- Si SFHP, en consulta con PCP, la persona que receta o una organización de revisión externa determina que es medicamento necesario; o



6 | Resumen de Beneficios del Programa Healthy Kids HMO

- El medicamento con receta médica que no está en el Formulario del SFHP había sido aprobado previamente por el SFHP para el miembro, para tratar la afección médica del miembro y el proveedor participante del miembro continua recetando el medicamento para la afección médica del miembro, siempre que el medicamento con receta médica sea debidamente recetado y se considere seguro y efectivo para tratar la afección médica del miembro.

Si la autorización previa se aprueba, se envía un mensaje por fax a la persona que receta que envió el formulario de autorización previa y SFHP cubrirá el reclamo. Si se deniega o cambia la autorización previa, SFHP les enviará una carta a usted y al proveedor que receta. Esta carta incluye la razón de la decisión de SFHP. Además, incluimos instrucciones sobre cómo presentar una apelación en caso de que usted no esté de acuerdo con la denegación o con el medicamento o tratamiento alternativo.

Si no está de acuerdo con la denegación o cambio de SFHP a una solicitud de autorización previa, puede enviar una apelación a SFHP. SFHP revisará su apelación en un plazo de treinta (30) días. Si su apelación es urgente, se revisará dentro de 72 horas.

Si su apelación es acerca de un medicamento que no está en el formulario de SFHP, SFHP enviará su caso a una organización de revisión externa para revisión. Una organización de revisión externa no está afiliada ni trabaja para SFHP. La organización de revisión externa decidirá si SFHP debe cubrir el medicamento no incluido en el formulario con base en la necesidad médica. SFHP le notificará a usted y a

su médico encargado de la decisión en un plazo de 72 horas. Si la solicitud original era expedita, SFHP les notificará a usted y al médico que receta en un plazo de 24 horas.

Exclusiones:

- Medicamentos o medicinas recetados únicamente con fines cosméticos;
- Productos de medicamentos compuestos cuando están aprobados por la FDA y productos comercializados disponibles para el diagnóstico. También debe estar demostrada la seguridad y eficacia de estos productos compuestos de farmacia para la consideración de una excepción para esta exclusión.
- Medicamentos de patente o de venta libre sin receta, incluso gelatinas, ungüentos, espumas, condones, etc. anticonceptivos sin receta, excepto medicamentos, suministros y dispositivos para el tratamiento de fenilcetonuria (PKU), enfermedad mental grave (SMI) y trastornos emocionales graves (SED). Los medicamentos, dispositivos y productos anticonceptivos de venta libre aprobados por la FDA están cubiertos.
- Los medicamentos que no necesitan una receta médica por escrito (excepto la insulina, suministros de prueba para diabéticos y medicamentos para dejar de fumar);
- Medicamentos experimentales o de investigación;
- Ningún alimento especial o artículo de dieta;



- Cuando un equivalente genérico esté disponible para un medicamento de marca, solamente los medicamentos genéricos tienen cobertura a menos que sea médicamente necesario recibir un equivalente no genérico; La persona que receta debe indicar “surtir como está escrito” o “sin sustitución” en la receta. Aplicará un mayor copago. La persona que receta podría tener que enviar una solicitud de autorización previa explicando por qué no se puede utilizar el equivalente genérico;
- Los medicamentos utilizados para el tratamiento de la disfunción sexual o eréctil, a menos que uno de estos medicamentos se utilice para tratar una afección que no sea la disfunción sexual o eréctil y sea médicamente necesario;
- Recetas de medicamentos y fármacos que no han recibido la aprobación de la Administración de alimentos y fármacos (U.S. FDA) de los FDA. Sin embargo, la cobertura de medicamentos y medicinas que han recibido la aprobación de la FDA para ser comercializados para uno o más usos, no será negada con base en que se recetan para un uso distinto al indicado en la etiqueta si se cumplen las siguientes condiciones:
 - El medicamento está aprobado por la FDA;
 - El medicamento lo receta un proveedor del plan para tratar una afección que pone en peligro la vida o para una afección crónica o seriamente debilitante;
 - El medicamento es médicamente necesario para tratar la afección; y
 - El medicamento está reconocido por una publicación profesional farmacéutica específica para el tratamiento de afecciones que ponen en peligro la vida o son crónicas y seriamente debilitantes.

N. Equipo Médico Duradero

El equipo médico duradero incluye, cuando sea médicamente necesario, oxígeno y el equipo para su administración, monitores para glucosa en sangre, asistentes pulmonares y materiales relacionados, máquinas para nebulización, tubos y materiales relacionados, aparatos espaciadores para inhalaciones dosificadas, bombas de insulina y materiales relacionados, bolsas para colostomía, catéteres urinarios y materiales. SFHP puede determinar si alquilar o comprar dicho equipo.

O. Equipo Ortopédico y Protésico

El equipo ortopédico y protésico médicamente necesario y autorizado tiene cobertura; incluye el reemplazo médicamente necesario de dispositivos protésicos. El reemplazo se realiza únicamente al terminar la vida útil del aparato ortopédico o protésico. Los beneficios también incluyen los dispositivos protésicos iniciales y subsiguientes, así como los accesorios de instalación para restaurar un método del habla derivado de una laringotomía; dispositivos protésicos derivados de una mastectomía para lograr simetría y calzado terapéutico para diabéticos. Los aparatos de corrección auditiva implantados quirúrgicamente no están cubiertos.

Los siguientes no son beneficios con cobertura: zapatos correctivos y soportes para el arco



6 | Resumen de Beneficios del Programa Healthy Kids HMO

(excepto calzado terapéutico para personas con diabetes), dispositivos no rígidos (como soportes elásticos para rodilla, corsés, medias elásticas y ligueros), aparatos odontológicos, máquinas de producción electrónica de voz o más de un dispositivo para la misma parte del cuerpo. Si hay dos o más aparatos reconocidos profesionalmente que sean igualmente apropiados para una afección, SFHP proporcionará los beneficios basándose en el aparato con mejor costo-beneficio. Los dispositivos quirúrgicamente implantados, tales como marcapasos, están cubiertos.

P. Educación de la Salud

Nuestros programas de educación de salud pueden ayudarle a proteger y mejorar su salud. SFHP le invita a hacer cambios para tener una mejor salud y enfatiza la participación activa, toma informada de decisiones y habilidades de cuidado personal.

Los siguientes servicios están disponibles sin costo:

- Las publicaciones de educación de salud sobre cómo utilizar su plan de salud están disponibles en inglés, español y chino. Todos los miembros de Healthy Kids HMO recibirán nuestro boletín trimestral para miembros, *Your Health Matters*. Llame a Servicio al Cliente para solicitar otros materiales.
- Hay clases de educación de la salud disponibles para niños y adultos en toda el área de servicio de SFHP. Llame a Servicio al Cliente al **1(415) 547-7800** (llamada local) o al **1(800) 288-5555** para obtener información sobre clases actuales y disponibles.

Q. Atención de la Audición

La evaluación audiológica para medir el grado de pérdida auditiva y una evaluación de aparato de corrección auditiva para determinar la marca y modelo más adecuado de aparato de corrección auditiva. Aparatos auditivos monoaurales o binaurales, incluidos moldes de oídos, el instrumento del aparato auditivo, la batería inicial, los cables y otro equipo auxiliar. Visitas para acondicionamiento, asesoría, ajustes y reparaciones sin cargo por un año después de la provisión de un aparato de corrección auditiva cubierto.

Exclusiones: la compra de baterías u otro equipo auxiliar, excepto aquel equipo con cobertura según los términos de la compra inicial del aparato de ayuda auditiva y los cargos por un aparato de ayuda auditiva que exceda las especificaciones recetadas para la corrección de pérdida de la audición. Se excluyen las partes de reemplazo para aparatos auditivos, más de una reparación de un aparato de corrección auditiva en un período de treinta y seis meses y dispositivos auditivos implantados quirúrgicamente.

R. Beneficios de Trasplante de Órganos

El hospital y los servicios profesionales proporcionados en relación con los trasplantes de órganos humanos médicamente necesarios y autorizados tienen cobertura para los miembros. Todos los trasplantes deben ser autorizados previamente por SFHP y SFHP puede requerir que el trasplante sea realizado en un centro de trasplante seleccionado por SFHP. En caso de que se denegara una solicitud de servicios relacionados con el trasplante de órganos debido a la naturaleza experimental o de investigación del tratamiento, usted puede pedir que se revise



de inmediato esta decisión por parte del Departamento de Atención Médica Administrada (“DMHC”), por medio del proceso de IMR, según se establece en la Sección 1370.4 del Código de Salud y Seguridad. Usted no necesita participar en el Proceso de reclamos del Plan antes de que su caso sea escuchado a través del proceso de IMR del DMHC. Puede solicitar directamente al DMHC la participación en el proceso de IMR. Consulte la página 100 de esta EOC/DF para una descripción completa del proceso de IMR y cómo le ayudará el Plan con su solicitud. Los miembros serán referidos a CCS para determinar si son elegibles para recibir servicios por medio de CCS. Si el miembro califica para CCS, permanecerán inscritos en SFHP pero recibirán todos los servicios de trasplante de órganos a través de CCS. SFHP continuará proporcionándole toda la atención médicamente necesaria para las afecciones que no estén relacionadas con la afección elegible de CCS. Para obtener información adicional acerca de los servicios de CCS, por favor consulte la página 24 de este manual.

Los costos de cualquier servicio de trasplante no tienen cobertura cuando el receptor del trasplante no es un miembro.

Los siguientes servicios tienen cobertura cuando el receptor es un miembro:

- Los servicios concomitantes para obtener el material trasplantado de un donante vivo o de un banco de órganos para trasplante se cubrirán para el trasplante con cobertura.
- Los medicamentos inmunosupresores recetados posquirúrgicamente a pacientes ambulatorios después del trasplante.

Nota: La búsqueda de médula ósea y de donante de órganos son beneficios con cobertura. Sin embargo, SFHP no es responsable de asegurar la disponibilidad de, ni localizar a un donante de médula ósea o donante de órgano.

S. Cirugía Cosmética y Reconstructiva

La cirugía cosmética y reconstructiva médicamente necesaria realizada para corregir o reparar estructuras anormales del cuerpo causadas por defectos congénitos, quemaduras graves y otras afecciones médicas, tales como anomalías del desarrollo, trauma, infección, tumores o enfermedades, así como servicios relacionados con cirugía cosmética y reconstructiva, para reparar o aliviar el daño corporal ocasionado por enfermedades o lesiones posteriores a la cirugía son beneficios con cobertura para los miembros.

Además, son beneficios los servicios cosméticos proporcionados en relación con la cirugía reconstructiva después de una mastectomía para restaurar y recuperar la simetría de la paciente. Cualquiera de dichos servicios deberá recibirse mientras el miembro esté afiliado y sea elegible para la cobertura de SFHP.

Incluye los servicios dentales o de ortodoncia médicamente necesarios que son parte integral de los procedimientos y servicios de cirugía reconstructiva del paladar hendido. El programa California’s Children’s Services (CCS) puede proporcionar el tratamiento del paladar hendido cuando SFHP hace la referencia y se encarga de coordinar con el Programa de CCS local. Sin embargo, SFHP es responsable finalmente de proporcionar los servicios si el menor no es elegible para CCS o si no se autorizan ni se prestan los servicios de CCS mediante el programa CCS.



T. Tratamiento por Abuso de Sustancias o Alcohol

(Servicios Comunitarios de Salud Conductual es el proveedor de Servicios de Salud Mental de SFHP)

Diagnóstico y tratamiento una condición de abuso de sustancias. Si piensa que su hijo puede tener una condición de abuso de sustancias, SFHP le proporciona información acerca de cómo obtener servicios para su hijo. Llame al Departamento de Servicio al Cliente del SFHP al **1(415) 547-7800** para obtener información sobre cómo obtener servicios para su hijo.

La hospitalización según sea médicamente necesaria para eliminar sustancias tóxicas del organismo. La intervención en caso de crisis médicamente adecuada y el tratamiento de alcoholismo o abuso de sustancias está cubierta. El tratamiento de abuso de sustancias y alcohol (excepto para la hospitalización por desintoxicación) está cubierto a través de San Francisco Behavioral Health Services. Consulte la sección U, a continuación, se encuentra una descripción de cómo comunicarse con San Francisco Behavioral Health Services para obtener más información sobre los servicios que proporcionan.

U. Atención de Salud Mental

(Servicios Comunitarios de Salud Conductual es el proveedor de salud mental de SFHP).

Diagnóstico y tratamiento de una afección de salud mental. Si cree que su hijo puede tener una afección de salud mental, el San Francisco Health Plan le proporciona información sobre cómo obtener servicios para su hijo. Llame al Departamento de Servicio al Cliente del SFHP al **1(415) 547-7800** para obtener información sobre cómo obtener servicios para su hijo.

Salud mental para pacientes hospitalizados

Costo para el miembro: Sin copago

Atención de salud mental en un hospital participante cuando la ordena y la realiza un profesional de salud mental participante.

(Community Behavioral Health Services es el proveedor de Servicios de salud mental de SFHP).

Esto incluye, pero no se limita a los servicios de atención de salud mental para pacientes hospitalizados para el tratamiento de enfermedades mentales graves (SMI). Los ejemplos de SMI incluyen, entre otros:

- Esquizofrenia,
- Trastornos esquizoafectivos,
- Trastorno bipolar (enfermedad maniaco-depresiva),
- Trastornos depresivos mayores
- Trastorno de pánico,
- Trastorno obsesivo-compulsivo,
- Trastorno de desarrollo generalizado (PDD) o autismo,
- Anorexia nervosa,
- Bulimia nervosa.



El tratamiento para PDD y autismo incluye servicios de emergencia y urgentes para pacientes hospitalizados y pacientes ambulatorios.

Trastorno emocional grave (SED)
(Proporcionado por los Servicios comunitarios de salud conductual).

Diagnóstico y tratamiento para una afección de SED. Servicios de atención de salud mental para el tratamiento de un miembro a quien el condado determine que tiene una afección de SED.

El plan proporcionará todos los servicios con cobertura médicamente necesarios hasta que el departamento de salud mental del condado determine la elegibilidad del menor con SED y proporcione los servicios médicamente necesarios para el tratamiento de la afección de SED.

El plan y el departamento de salud mental del condado coordinarán los servicios para asegurar que los servicios y los tratamientos médicamente necesarios se proporcionen al miembro que tiene una afección de SED.

El miembro permanecerá inscrito en el Programa Healthy Kids HMO y continuará recibiendo el Plan continuará proporcionando atención primaria, atención especializada y todos los demás servicios para afecciones médicas no relacionadas con la afección de SED. Para obtener más información sobre el diagnóstico de SED y los beneficios de tratamiento, consulte "Coordinación de Servicios" en la página 60.

Salud mental de pacientes ambulatorios

Costo para el miembro: \$10 por visita
(no aplicable para SED)

Servicios de atención de salud mental cuando son ordenados y realizados por un proveedor de salud mental participante del plan.

Atención de salud mental:

- Incluye, pero no se limita al tratamiento para miembros que han experimentado disfunción familiar o trauma, que incluye abandono o abuso infantil, violencia doméstica, abuso de sustancias en la familia, divorcio o duelo.
- Participación de los miembros de la familia en el tratamiento, al grado que el proveedor determine que es apropiado para la salud y la recuperación del miembro.
- Incluye, pero no se limita a los servicios de atención de salud mental de pacientes ambulatorios para el tratamiento de enfermedades mentales graves (SMI). Los ejemplos de SMI incluyen, pero no se limitan a:
 - Esquizofrenia,
 - Trastornos esquizoafectivos,
 - Trastorno bipolar (enfermedad maniaco-depresiva),
 - Trastornos depresivos mayores,
 - Trastorno de pánico,
 - Trastorno obsesivo-compulsivo,
 - Trastorno de desarrollo generalizado o autismo,
 - Anorexia nervosa,
 - Bulimia nervosa.

Trastorno emocional grave (SED) Visitas de atención de salud mental para pacientes ambulatorios para el tratamiento de un miembro a quien el condado determine que tiene una afección de SED.



6 | Resumen de Beneficios del Programa Healthy Kids HMO

Para miembros con afección de trastorno emocional grave (SED), el departamento de salud mental del condado puede proporcionar los servicios para pacientes ambulatorios y servicios profesionales relacionados con SED. El plan puede referir al miembro al departamento de salud mental del condado para el tratamiento del SED. El plan debe proporcionar todos los servicios con cobertura médicamente necesarios hasta que el departamento de salud mental del condado determine la elegibilidad del menor con SED y proporcione los servicios médicamente necesarios para el tratamiento de la afección de SED. El plan y el departamento de salud mental del condado coordinarán los servicios para asegurar que todos los servicios y los tratamientos médicamente necesarios se proporcionen al miembro que tiene una afección de SED.

El miembro permanecerá inscrito en el programa Healthy Kids HMO y continuará recibiendo el Plan continuará proporcionando atención primaria, atención especializada y todos los demás servicios para afecciones médicas no relacionadas con la afección de SED. Si desea más información sobre el diagnóstico de SED y los beneficios de tratamiento, consulte la información en la página 61.

El tratamiento para PDD y autismo incluye servicios de emergencia y urgentes para pacientes hospitalizados y pacientes ambulatorios.

Tratamiento de pacientes hospitalizados por abuso de alcohol y drogas

Costo para el miembro: Sin copago

Hospitalización por alcoholismo o abuso de drogas según sea médicamente necesario para eliminar las sustancias tóxicas del organismo.

Tratamiento de pacientes ambulatorios por abuso de alcohol y drogas

Costo para el miembro: \$10 por visita

Intervención de crisis y tratamiento de alcoholismo o abuso de drogas de manera ambulatoria según sea médicamente necesario.

V. Servicios de Emergencia

Los servicios en cualquier sala de emergencia recibidos por una afección médica de emergencia, incluida evaluación psiquiátrica, examen, evaluación y tratamiento por un médico calificado.

La atención de seguimiento por una enfermedad, lesión o afección que haya ocasionado la afección médica de emergencia debe ser proporcionada, referida o autorizada de acuerdo con las reglas descritas en esta Evidencia de Cobertura.

W. Hospitalización de Emergencia

Si se le admite en un hospital de SFHP como resultado de una afección médica de emergencia que no es usado por el grupo médico de su PCP, el plan de salud puede decidir transferirle al hospital usado por el grupo médico de su PCP. Esta transferencia ocurrirá cuando sea médicamente seguro efectuarla. Cualquier servicio proporcionado por el hospital después de que el plan de salud le haya notificado al usted y al hospital al cual fue admitido, que la transferencia es médicamente segura no es un servicio con cobertura, y podría ser la responsabilidad financiera del hospital no afiliado.



X. Servicios de Transporte médico

Traslado de emergencia en ambulancia relacionado con la afección médica que requiere servicios de emergencia al primer hospital o centro de atención de urgencia que acepte al miembro para recibir atención de emergencia.

Transporte que no es de emergencia para el traslado de un miembro de un hospital a otro hospital o centro médico; o de un centro médico a su hogar, cuando sea:

- Médicamente necesario y
- Solicitado por un médico y
- autorizado por anticipado.

Y. Cirugía de Cambio de Sexo

SFHP cubre el cambio de sexo anatómico, el cual consiste en la conversión quirúrgica del pene o la vagina. SFHP no cubre otros tipos de cirugía de reasignación, ni los procedimientos relacionados, tales como la feminización facial o del cuello y el aumento o reducción de los senos, a menos que sea médicamente necesario. Si no son médicamente necesarios, estos procedimientos se consideran cosméticos y, por lo tanto, no son un beneficio con cobertura.

Beneficios Dentales

Los beneficios dentales se proporcionan a través de Delta Dental de California.

Al momento de afiliarse recibirá un directorio de proveedores de servicios dentales que enumera a los dentistas de Delta Dental que participan en el programa Healthy Kids HMO. Este directorio le ayudará a seleccionar un dentista accesible y que hable su idioma. Le animamos a que no espere hasta tener un problema para visitar a su dentista, sino que lo visite regularmente. Cuando seleccione un dentista de la lista de dentistas participantes de la red, usted podrá recibir cualquier servicio de atención dental preventiva o correctiva con cobertura en ese lugar.

Si tiene alguna pregunta o reclamo en relación con la elegibilidad, los servicios con cobertura, la denegación de servicios o reclamos dentales, políticas, procedimientos y operaciones del programa dental o acerca de la calidad de los servicios dentales prestados por un dentista de la red, puede comunicarse con Servicio al Cliente de Delta Dental Healthy Kids HMO, al **1(866) 212-2743**, de lunes a viernes, de 7:00am a 5:00pm. Para situaciones de emergencia, están disponibles las 24 horas del día, los siete días de la semana. Haga referencia al número de grupo SF60.



A. Elección de Médico y Proveedor

El directorio del proveedor Delta Dental le proporciona los nombres de los dentistas de la red en la ciudad y el condado de San Francisco. El directorio también cuenta con información sobre las instalaciones de los consultorios, incluido el acceso a sillas de ruedas y los idiomas que hablan en cada consultorio. Usted puede seleccionar cualquier dentista que aparece en el directorio. Si tiene alguna necesidad especial de atención médica, comuníquese con el departamento de Servicio al Cliente de Delta Dental para que le ayuden a encontrar un dentista que satisfaga mejor sus necesidades.

B. Programación de Citas

Después de que haya seleccionado un dentista de la red de servicios, llame a su dentista para programar una cita. Indíquelo al dentista que tiene cobertura de Delta en el programa Healthy Kids HMO y pídale que confirme que es un(a) dentista de la red de servicios. Durante su primera cita, asegúrese de proporcionarle a su dentista la siguiente información:

- Su número de grupo (se encuentra en su tarjeta de identificación de miembro: SF60);
- El nombre de su programa: programa Healthy Kids HMO;
- El número de identificación de cliente del miembro y
- Cualquier otra cobertura dental que tenga.

C. Referencias con Especialistas

Nuestra red de servicios dentales podría referirlo con otro dentista para consulta o tratamiento especializado. Si esto se llegara a realizar, asegúrese de que el dentista al que le remitan pertenezca a la red de servicios dentales. Lo puede averiguar al preguntarle al especialista cuando programe su cita. Los especialistas también están incluidos en el Directorio de proveedores de Delta Dental, Healthy Kids HMO. Recuerde que si su dentista no pertenece a la red de servicios dentales usted será responsable por los costos del tratamiento.

D. Cambio de Dentista

Usted puede seleccionar cualquier dentista de la red de servicios en cualquier momento. Si desea cambiar de dentista, simplemente consulte el directorio de la red de servicios dentales de su área y llame para programar una cita. Si su dentista deja de participar en la red de proveedores de Healthy Kids HMO de Delta, se le notificará con 90 días de anticipación. El departamento de Servicio al Cliente de Healthy Kids HMO de Delta está disponible para ayudarlo a seleccionar un nuevo dentista.

E. Segundas Opiniones

Las segundas opiniones son realizadas por un consultor regional, que lleva a cabo exámenes clínicos, prepara informes objetivos de las condiciones dentales y evalúa el tratamiento propuesto o que fue proporcionado.

Se podrá requerir una segunda opinión antes del tratamiento cuando sea necesario realizar una determinación de beneficio. Las autorizaciones para segundas opiniones después del tratamiento las podrá realizar el miembro si tiene



algún reclamo relacionado con la calidad del servicio proporcionado. Se les notificará a usted y al dentista tratante cuando una segunda opinión sea necesaria y apropiada. Cuando se autoriza una segunda opinión por medio del consultor regional, Delta Dental cubrirá todos los cargos. De lo contrario los afiliados podrán obtener una segunda opinión acerca del tratamiento por parte de un dentista de la red de servicios de su elección y se podrá presentar el reclamo para el pago del examen o consulta. Dichos reclamos se pagarán de acuerdo con los beneficios del programa.

Este es un resumen de la política de Delta Dental acerca de las segundas opiniones. Una copia de la política formal está disponible a solicitud al comunicarse con el departamento de Servicio al Cliente de Delta Dental - Healthy Kids HMO al número gratuito **1(866) 212-2743** y referirse al número de grupo SF60.

F. Servicios de Atención Dental de Emergencia o de Urgencia

Un servicio dental necesario de emergencia o de urgencia es un servicio requerido para el tratamiento de dolor fuerte, inflamación o sangrado o para el diagnóstico y tratamiento inmediato de afecciones dentales inesperadas, que si no se diagnostican y tratan inmediatamente, conducirían a un serio deterioro de la salud, discapacidad o muerte, o bajo las circunstancias que razonablemente se consideran que son necesarias para lo anteriormente expuesto.

G. Cómo Obtener Servicios Dentales de Emergencia o de Urgencia

No es necesaria la autorización previa de Delta Dental para obtener servicios dentales de emergencia o necesarios con urgencia. Usted puede obtener servicios dentales de emergencia las 24 horas del día, los siete días de la semana. En el caso de una emergencia, deberá llamar a su dentista regular de la red de servicios dentales o a cualquier otro dentista de la red de servicios. Si necesita ayuda adicional llame al departamento de Servicio al Cliente de Healthy Kids HMO de Delta al número gratuito **1(866) 212-2743** y refiérase al número de grupo SF60.

Si se encuentra fuera de California, usted continúa teniendo cobertura de emergencia las 24 horas del día, los siete días de la semana. Puede obtener servicios dentales de emergencia de cualquier dentista con licencia sin necesidad de una autorización previa de Delta. Todos los servicios de emergencia realizados por dentistas ubicados fuera del estado se pagan según la tasa autorizada por Delta para tratamientos de emergencia. El dentista tratante deberá llamar al número gratuito **1(866) 212-2743** para recibir información acerca de pagos y beneficios.

H. Atención de Seguimiento

Las instrucciones de atención de seguimiento después de un servicio de emergencia o requerido de urgencia serán proporcionadas por el dentista tratante. Siga las instrucciones que le proporcionó el dentista tratante sobre la atención de seguimiento o llame a su red de servicios dentales para obtener información adicional.



I. Servicios Dentales Sin Cobertura

Si recibe servicios que no sean de emergencia por parte de un dentista que no pertenece a la red de servicios, usted será responsable del pago del dentista.

J. Responsabilidades de Pago

Delta paga directamente a los dentistas de la red. El acuerdo de Delta Dental con su dentista asegura que usted no será responsable ante el dentista por ningún monto por un servicio recibido que tenga cobertura, que no sean otros cargos (copagos). No se requieren otros cargos (copagos) para obtener servicios preventivos.

K. Sus Beneficios Dentales

Delta Dental cubre varias categorías de beneficios cuando dichos servicios los proporciona un dentista de la red y cuando sean necesarios y acostumbrados según los estándares de la práctica odontológica generalmente aceptados.

1. Beneficios de Diagnósticos y Preventivos

Diagnósticos: exámenes orales iniciales y periódicos, rayos X, consultas paliativas de emergencia en el consultorio y consultas a un especialista.

Preventivos: profilaxis (limpieza), tratamiento con flúor, selladores dentales, educación dental e instrucción de higiene oral.

Separadores: los beneficios con cobertura incluyen separadores acrílicos desmontables y fijos tipo banda.

2. Beneficios Restaurativos, de Cirugía Oral, Endodoncia y Periodoncia

Restaurativos: amalgamas, restauraciones (rellenos) de resina compuesta, acrílica, sintéticas o plásticas para el tratamiento de la caries. Perno y colocación de perno relacionado con restauración.

Las bases y empastes sedantes también se incluyen como beneficios.

Cirugía oral: extracciones, extracción quirúrgica de dientes impactados, biopsia de tejidos orales y otros procedimientos quirúrgicos, tales como: alveolectomías, extirpación de quistes y neoplasias, tratamiento de torus del paladar y mandibular, frenectomía, incisión y drenaje de abscesos, recuperación de conductos radiculares (procedimiento separado) y servicios postoperatorios, que incluyen exámenes, remoción de suturas y tratamiento de complicaciones.

Endodoncia: recubrimiento directo de la pulpa, pulpotomía y pulpotomía vital, apexificación con obturación con hidróxido de calcio, amputación de canales, tratamiento de canales, apicoectomía y pruebas de vitalidad.

Periodoncia: tratamiento de emergencia, que incluye el tratamiento de periodontitis; raspado periodontal y terapia básica periodontal y raspado subgingival; gingivectomía y cirugía ósea o mucogingival.



3. Beneficios de Coronas y Puentes Fijos

Coronas: incluyendo las fabricadas de acrílico, metal y acrílico, porcelana, porcelana y metal, completamente de metal, restauración con oro o corona de tres cuartos y de acero inoxidable necesario para tratar las caries que no es posible restaurar directamente con obturaciones de amalgama. También incluye implantación de espigas.

Puentes fijos: de metal fundido, de porcelana apoyados con metal o plásticos procesados con oro. Los beneficios incluyen:

- Recementación de coronas, puentes, incrustaciones y recubrimientos como beneficios con cobertura,
- Montante de metal fundido y muñón, incluyendo retención del poste debajo de la corona, y
- Reparación o sustitución de coronas, pilares o puentes como beneficio con cobertura.

4. Beneficios de Prótesis Desmontables

Dientes postizos: los beneficios con cobertura incluyen la construcción o reparación de dentaduras parciales y de dentaduras completas cuando se proporcionan para sustituir dientes naturales faltantes. Los beneficios también incluyen reparación de base y reforrado en el consultorio o laboratorio; reparación de dentaduras; ajustes de dentaduras; acondicionamiento de tejidos; dentaduras parciales provisionales y duplicación de dentaduras. Los implantes se consideran como un beneficio opcional.

5. Beneficios de Ortodoncia

El tratamiento de ortodoncia no es un beneficio de este plan dental. Sin embargo, el tratamiento de ortodoncia lo proporcionará el programa California Children Services (CCS) si el miembro cumple con los requisitos de elegibilidad para la cobertura médicamente necesaria de ortodoncia según el programa de CCS.

6. Otros Beneficios Dentales

Otros beneficios dentales incluyen (1) anestesia local, (2) sedantes orales cuando se administran en el consultorio dental un profesional que actúa dentro del alcance de su licencia, (3) óxido nitroso cuando se administra en el consultorio dental un profesional que actúa dentro del alcance de su licencia y (4) coordinación de beneficios con el plan de salud en el caso de hospitalización o cirugía ambulatoria cuando es médicamente apropiado para los servicios dentales.

L. Exclusiones y Limitaciones de los Beneficios Dentales

Los rayos X dentales se limitan a lo siguiente:

- Rayos X de mordida se limitan a cuatro placas en cualquier período consecutivo de SEIS meses. Sin embargo, se permiten radiografías aisladas de mordida o periapicales en casos de emergencia o en bases episódicas.
- Las radiografías completas de la boca junto con los exámenes periódicos están limitados a una cada 24 meses.
- Radiografías panorámicas se limitan a una cada 24 meses consecutivos.



6 | Resumen de Beneficios del Programa Healthy Kids HMO

- Los servicios de profilaxis (limpiezas) se limitan a dos en un período de 12 meses.
- Tratamientos de sellantes dentales se limitan a los primeros y segundos molares permanentes únicamente.

Las restauraciones se limitan de la siguiente manera:

- Si es posible restaurar el diente adecuadamente con materiales de restauración de amalgama, resina compuesta, acrílico, sintético o plástico, cualquier otra restauración como corona o recubrimiento (jacket) se considera opcional.
- Las restauraciones en dientes posteriores con resina compuesta o acrílica se consideran opcionales.
- Únicamente se permiten restauraciones obturadas con resina híbrida que no sean cosméticas.

La sustitución de restauraciones tiene cobertura únicamente cuando está defectuosa, según lo muestran condiciones tales como caries o fracturas recurrentes y la sustitución es odontológicamente necesaria.

La extracción quirúrgica de dientes incrustados es un beneficio con cobertura únicamente cuando hay evidencia de patología existente.

Los tratamientos de canales, que incluyen cultivo del conducto están limitados de la siguiente manera:

- **La repetición del tratamiento de conductos radiculares** es un beneficio con cobertura únicamente si hay signos clínicos o radiológicos de formación de absceso o si el paciente experimenta síntomas.
- **La remoción o repetición del tratamiento de puntos de plata,** sobreobturaciones, subobturaciones, obturaciones incompletas o instrumentos rotos alojados en el canal, en ausencia de patología no es un beneficio con cobertura.
- El alisado periodontal y la terapia básica periodontal y el curetaje subgingival está limitado al tratamiento de cinco cuadrantes en cualquier período de 12 meses consecutivos.

Las coronas se limitan de la siguiente manera:

- **La sustitución de cada unidad está limitada** a una vez cada 36 meses consecutivos, con la excepción de cuando la corona ya no sea funcional.



Únicamente las coronas de acrílico y las coronas de acero inoxidable son beneficio para niños menores de 12 años de edad. Si se seleccionan otros tipos de coronas como opcional para la edad, el nivel de beneficio dental con cobertura será el de una corona acrílica.

- **Las coronas tendrán cobertura únicamente si** no hay suficiente calidad retentiva en el diente para retener la obturación. Por ejemplo, si las paredes bucales o linguales están fracturadas o cariadas a tal grado que no sostendrían la obturación.
- **Revestimientos gingivales** posteriores al segundo bicúspide se consideran opcionales. Se permitirá una corona completa de metal fundido.

Los puentes fijos están limitados de la siguiente manera:

- Se utilizarán puentes fijos únicamente cuando un puente parcial no pueda restaurar satisfactoriamente el caso, se considera tratamiento opcional.
- Un puente fijo está cubierto cuando es necesario para sustituir un diente permanente anterior faltante en una persona de 16 años de edad o mayor y que la salud oral general del paciente lo permita. En menores de 16 años de edad se considera un tratamiento dental opcional. Si se realiza en un miembro menor de 16 años de edad, el solicitante deberá pagar la diferencia del costo entre el puente fijo y el separador.

- **Los puentes fijos utilizados para sustituir dientes posteriores faltantes** se consideran opcionales cuando el diente pilar se considera sano y sería coronado únicamente para propósitos de apoyo del pilar.
- **Los puentes fijos** son opcionales cuando se proporcionan con una dentadura parcial en el mismo arco.
- **La sustitución de un puente fijo existente** únicamente tiene cobertura cuando no es posible repararla satisfactoriamente.
- Se permiten cinco unidades de corona o puente en cada arco. La sexta unidad se considera reconstrucción completa de la boca y es un tratamiento opcional.

Las dentaduras postizas (maxilares completas, mandibulares completas, parcial superior, parcial inferior), dientes, cierres, reparaciones de dentaduras, ajuste y duplicación, acondicionamiento tisular (dos por dentadura) y guarda oclusales están limitados de la siguiente manera:

- **Las dentaduras postizas** parciales no se sustituirán en 36 meses consecutivos, a menos que:
- Sea necesario debido a la **pérdida de dientes naturales** cuando la adición o sustitución del diente a la dentadura postiza parcial existente no sea posible o
- **La dentadura postiza no es satisfactoria** y no es posible hacerla satisfactoria.



- **El beneficio dental de cobertura para dentaduras postizas parciales** estará limitado a los cargos por una dentadura postiza de metal fundido de cromo o acrílica si sustituye satisfactoriamente un arco. Si el paciente y el dentista seleccionan un aparato más elaborado o preciso y no es necesario para sustituir satisfactoriamente un arco, el solicitante será responsable de todos los cargos adicionales.
- **Una dentadura postiza parcial desmontable** se considera una restauración adecuada de un caso cuando hay dientes faltantes en ambos lados del mismo arco. Otros tratamientos de dichos casos se consideran opcionales.
- **Las dentaduras postizas totales superiores o inferiores** no se sustituirán en 36 meses consecutivos a menos que las dentaduras postizas existentes no sean satisfactorias y que no sea posible convertirlas en satisfactorias con rebasado o reparación.
- **El beneficio dental de cobertura de dentaduras postizas totales** estará limitado al nivel de beneficio de un procedimiento estándar. Si el paciente y el dentista seleccionan un tratamiento más personalizado o especializado, el solicitante será responsable de todos los cargos adicionales.
- Las reparaciones de base o reforrado en el **consultorio o en el laboratorio** están limitadas a una por arco en cualquier período de 12 meses consecutivos.

- **Las dentaduras parciales provisionales** son un beneficio únicamente cuando se utilizan como separadores anteriores en niños y para sustituir dientes anteriores extraídos en adultos durante un período de cicatrización.

M. Reclamo de Beneficios Dentales

Si usted tiene alguna inquietud o reclamo en relación con cualquier servicio dental que recibió, debe comunicarse con un representante de Servicio al Cliente de Delta Dental al **1(877) 580-1042**, de lunes a viernes, de 6:00am a 5:15pm. Para enviar un reclamo por vía electrónica, visite el sitio web de Delta Dental en **deltadentalins.com**.

1. En el menú principal seleccione "Contact Us" ("Comuníquese con nosotros")
2. Seleccione "State, County and Local Dental Programs" (Programas dentales estatales, del condado y locales)
3. En "To file a grievance" (presentar un reclamo), seleccione "Patient grievance form" (formulario de reclamo del paciente")

Los miembros que tienen un reclamo relacionado con los servicios recibidos de Delta Dental también pueden comunicarse con San Francisco Health Plan al **1(415) 547-7800** (llamada local) o **1(800) 288-5555**.

Si tiene alguna duda sobre los servicios que recibió de la red de servicios dentales, discuta primero la situación con su dentista. Si continúa teniendo inquietudes, llame al Departamento de Servicio al Cliente de Delta Dental. Si es apropiado, se puede hacer un arreglo para que lo examine otro dentista en su área. Si el dentista recomienda que es necesario reemplazar o corregir el trabajo, Delta Dental intervendrá con



el dentista original para que reemplace el servicio o lo corrija sin ningún costo adicional para usted. En último caso usted es libre de seleccionar otro dentista de la red para recibir todos sus beneficios.

El representante intentará resolver el problema inmediatamente; sin embargo, en algunas ocasiones se necesita más de un día para investigar y recabar información. En este caso el representante se comunicará con usted dentro de los siguientes 30 días para informarle sobre los resultados de la revisión. Usted puede comunicarse con un representante de Servicio al Cliente de Delta Dental o al consultorio de su dentista de la red de servicios para presentar un reclamo. Los formularios de reclamo están disponibles en Servicios al Miembro de Delta Dental, en línea en el sitio Web de Delta Dental o en el consultorio de su dentista de la red de servicios. Un representante de Servicio al Cliente de Delta Dental le explicará completamente las instrucciones y el proceso de reclamos. Un miembro del personal de la red de servicios dentales también le puede ayudar a completar el formulario y presentarlo, pero le instamos a que se comunique con un representante de Servicio al Cliente de Delta Dental para asegurarse de que el formulario se llenó de manera precisa.

Si usted presenta un reclamo por escrito, incluya el nombre y número SF60 del grupo, el nombre del miembro, el número de identificación del miembro y un número de teléfono en toda la correspondencia. También deberá incluir una copia del formulario de tratamiento (disponible con su dentista) y cualquier información adicional pertinente. La dirección y el número de teléfono de Delta Dental son los siguientes:

Delta Dental-Healthy Kids HMO
P.O. Box 537010
Sacramento, CA 95853-7010

Número gratuito: **1(866) 212-2743**

Delta Dental acusará recibo del formulario de reclamo dentro de los siguientes cinco (5) días hábiles después de haberlo recibido. La resolución ocurrirá dentro de los siguientes 30 días después de su presentación. Para presentar un reclamo realice una de las siguientes acciones:

- llene el formulario de reclamo y envíelo a Servicios al Miembro de Delta Dental,
- Llame a un representante de Servicio al Cliente de Delta Dental Healthy Kids HMO al número gratuito **1(866) 212-2743** y explique su reclamo,
- Presente un reclamo por vía electrónica en el sitio web de Delta Dental en **deltadentalins.com**; o
- Visite el consultorio de su dentista de la red de servicios y solicite personalmente un formulario de reclamo. El personal del consultorio dental le ayudará a completar el formulario.

Recibirá una carta de Delta Dental acerca de la disposición del reclamo.

Si su reclamo involucra una amenaza grave e inminente para la salud del paciente, llame al departamento de Servicio al Cliente de Delta Dental e indique que desea presentar un reclamo urgente.

A su reclamo urgente se le asignará la mayor prioridad y se resolverá en los siguientes tres (3) días hábiles a partir de su recepción.



6 | Resumen de Beneficios del Programa Healthy Kids HMO

Si usted tiene un reclamo que involucra servicios dentales, primero deberá comunicarse con Delta Dental al número gratuito **1(866) 212-2743** seguir el proceso de reclamos de Delta Dental. Sin embargo, si 30 días después de presentar su reclamo usted necesita ayuda, el reclamo no ha sido resuelto satisfactoriamente por Delta Dental o usted no está satisfecho con el resultado del proceso de reclamos de Delta Dental, usted tiene la opción de comunicarse con el Departamento de Atención Médica Administrada que se describe en la Sección 15 de la Evidencia de Cobertura y el Formulario de autorización de divulgación combinados o puede seguir el proceso de reclamos administrado por el San Francisco Health Plan.

Si no tiene una lista de los médicos de VSP puede obtenerla al llamar a VSP al **1(800) 877-7195**, o SFHP al **1(415) 547-7800** (llamada local) o **1(800) 288-5555**. A continuación se encuentra una lista de sus beneficios de visión con cobertura:

Un examen ocular anual tiene cobertura total después del copago aplicable para el examen, para determinar la presencia de problemas de la vista o anomalías. El examen anual incluirá:

- Historia del caso
- Evaluación de la condición de salud del sistema visual
- Evaluación de la condición refractaria
- Prueba de función binocular
- Diagnóstico y plan terapéutico, si es necesario
- Lentes; los lentes básicos tienen cobertura en su totalidad, después del copago aplicable por materiales. El médico del miembro ordenará los lentes apropiados necesarios para el bienestar visual del miembro. Los lentes están limitados a una vez cada período de 12 meses.

Beneficios de la Vista

A. Beneficios de la Vista

Los beneficios de la vista se proporcionan a través de Vision Service Plan (VSP). VSP y su red de proveedores brindan atención profesional de la vista a los miembros con cobertura del programa Healthy Kids HMO. Cuando necesite beneficios de salud visual de un médico del VSP, comuníquese con el VSP al **1(800) 877-7239** o directamente con el médico del VSP. Si usted es elegible para recibir servicios, el VSP proporcionará una autorización de beneficios al médico. Cuando se recibe dicha autorización y se prestan los servicios antes de la fecha de vencimiento de la autorización, los servicios tendrán cobertura. En caso de que usted reciba los servicios de un médico del VSP sin dicha autorización u obtenga los servicios de un proveedor que no pertenece a la red de proveedores, usted será responsable del pago total al proveedor.

Monturas y lentes

Costo para el miembro: \$5 de copago, para monturas con lentes o para monturas o lentes, cuando se compren por separado.

Descripción: cuando el examen de la vista indique que se necesitan lentes correctores, el miembro tiene derecho a las monturas y lentes necesarios, incluso la cobertura para lentes monofocales, bifocales, trifocales y lenticulares, según sea apropiado. El beneficio también incluye lentes polarizados, anteojos fotocromáticos y anteojos de policarbonato.



Vision plan proporciona una asignación de \$100 para monturas y el plan le proporcionará al miembro una selección de monturas que no cuesten más de \$100. El miembro es responsable de cualquier costo que exceda esta asignación para las siguientes opciones:

- Lentes mixtos (bifocales que no tengan una línea divisoria visible)
- Lentes de contacto excepto como se especifica en la sección de Lentes de contacto a continuación;
- Anteojos de medida mayor (mayores que los anteojos estándar en blanco para acomodar recetas médicas);
- Anteojos multifocales progresivos;
- Anteojos recubiertos o laminados;
- Anteojos con protección UV.
- Otros procesos cosméticos opcionales;
- Una montura que cueste más que la asignación del plan.

Las monturas están limitadas a una vez cada período de 12 meses.

Lentes de Contacto

Costo para el miembro: lentes de contacto médicamente necesarios: sin copago

Lentes de contacto electivos: el \$110 proporcionará una asignación para el costo del examen, una evaluación de lentes de contacto, los costos de acondicionamiento y los materiales. Esta asignación sustituirá la totalidad de todos los beneficios, incluso los costos del examen y de los materiales. El miembro es responsable de cualquier costo que exceda esta asignación.

Los lentes de contacto están limitados a una vez cada período de 12 meses.

Pruebas de Visión Reducida y Complementarias

Visión reducida. Limitaciones: el beneficio de visión reducida se proporcionará a los miembros que tienen problemas visuales graves que no es posible corregir con lentes regulares. Este beneficio requiere la autorización previa del VSP. Con esta autorización previa, se proporcionarán las pruebas complementarias y la atención suplementaria, incluyendo terapia de visión reducida según sea visualmente necesaria. Los beneficios por visión reducida incluyen:

Pruebas complementarias; sin copago;

Atención complementaria: \$10 copago. Los beneficios de visión reducida que se obtienen de un proveedor fuera de la red se reembolsarán de acuerdo con lo que VSP pagaría a un proveedor incluido en el panel de VSP de copagos aprobados o este beneficio.

Copagos:

Consulte la sección de Exámenes oculares/ Materiales en la matriz del Resumen de beneficios del programa Healthy Kids HMO en la página 27 para información acerca de copagos.

Copago por examen a cancelarse al momento del examen ocular Copago de materiales (aros y lentes únicamente) Atención complementaria para beneficios por visión reducida



B. Exclusiones y Limitaciones de los Beneficios Visuales

Los beneficios de servicios de salud visual excluyen:

- Beneficios que no son necesarios ni apropiados;
- Beneficios que no se obtienen de acuerdo con los reglamentos y las políticas del plan de la vista del miembro;
- Adiestramiento de la vista;
- Lentes aniseicónicos;
- Lentes planos, con menos de dioptrías +/- .38;
- Dos pares de anteojos en lugar de bifocales, a menos que sean médicamente necesarios y con la autorización previa del plan de la vista;
- Reemplazo o reparación de lentes o monturas perdidos o dañados;
- Tratamiento médico o quirúrgico de los ojos;
- Servicios o materiales por los que el miembro tiene cobertura bajo una póliza de compensación laboral;
- Exámenes oculares o anteojos correctivos requeridos como condición de empleo;
- Servicios o materiales proporcionados por cualquier otro grupo que presta atención visual.

No hay beneficios para servicios profesionales o materiales relacionados con:

- Lentes mixtos (bifocales cuya línea divisoria no es visible);
- Lentes de contacto, excepto los especificados anteriormente;
- Anteojos de medida mayor (mayores que los lentes estándar en blanco para acomodar prescripciones);
- Lentes multifocales progresivos;
- Lentes recubiertos o laminados;
- UV Lentes con protección.
- Otros procesos cosméticos opcionales;
- Lentes fotocromáticos o teñidos;

C. Responsabilidades de Pago

The member pays the co-payment to the VSP doctor for the services covered under the vision benefit. VSP will reimburse the VSP doctor directly according to its agreement with the doctor.

D. Disposiciones para Servicios de Salud Visual Fuera de la Red

No hay beneficios de salud visual fuera de la red de servicios.



E. Apelación de Reclamos Para la Vista

Si se deniega total o parcialmente el reclamo para el reembolso presentado por el miembro, el VSP notificará por escrito al miembro la razón de dicha denegación. El miembro puede hacer una solicitud verbal o por escrito dirigida al VSP para que revisen dicha denegación, en un plazo de ciento ochenta (180) días después de haber recibido dicho aviso. Al comunicarse con el VSP, el miembro debe establecer la razón por la cual cree que la denegación de los reclamos fue un error y puede proporcionar cualquier documento pertinente que el Miembro desea que se revise. VSP revisará el reclamo y le dará al miembro la oportunidad de revisar cualquier documento pertinente, presentar cualquier declaración, documentos o argumentos por escrito que apoyen el reclamo y comparecer en persona para presentar los materiales o argumentos. La determinación del VSP, que incluye las razones específicas de la decisión o un aviso relacionado con la fecha que VSP espera tener una resolución, se deberá proporcionar y transmitir al miembro por escrito dentro de los siguientes treinta (30) días después de la recepción de la solicitud de revisión.

Si el miembro decide no seguir este proceso con el VSP, podrá presentar un reclamo al plan de salud siguiendo las instrucciones de la página 100, Procedimientos de Reclamos y apelaciones en la evidencia de cobertura y le Formulario de autorización de divulgación combinados.

F. Reclamos de Beneficios de la Vista

Los miembros que tienen una queja que involucra los Servicios recibidos de VSP deben comunicarse con el Departamento de Servicio al Cliente de VSP al **1(800) 877-7239**. Si no puede resolver su queja con VSP, puede llamar a San

Francisco Health Plan para obtener ayuda adicional al **1(415) 547-7800** (llamada local) o **1(800) 288-5555**.

Consulte la página 100, Procedimientos de reclamo y apelación en la Evidencia de cobertura/Formulario de divulgación combinados.

G. Cargos

Para servicios no preventivos, el miembro es responsable de efectuar el pago de un cargo mínimo (copago) al médico o proveedor de servicios al momento de recibir los servicios. Los copagos específicos se describen en el Resumen de beneficios. No hay deducibles en el programa y no hay beneficios financieros máximos vitalicios para ninguno de los beneficios médicos con cobertura.

H. Cambios en los Beneficios del Programa de la Vista

Los beneficios, las exclusiones y limitaciones están sujetos a cambio, cancelación o suspensión en cualquier momento ya sea por parte del programa Healthy Kids HMO o por el SFHP, con un aviso de al menos treinta y un (31) días de anticipación por parte del SFHP al miembro. Los beneficios por los servicios o suministros proporcionados después de la fecha de vigencia de un cambio o cancelación de ese tipo serán proporcionados en base al cambio. No existe derecho adquirido para ningún beneficio, incluso si la provisión de los beneficios inició antes de la fecha de vigencia del cambio. Los beneficios de servicios o suministros proporcionados después de la fecha de vigencia de cualquier modificación, limitación, exclusión o cancelación de beneficios se proporcionarán de acuerdo con dicha modificación, exclusión o cancelación.



Exclusiones y Limitaciones

A. Exclusiones y Limitaciones Generales

Los Servicios son beneficios con cobertura únicamente si se obtienen de acuerdo con los procedimientos descritos en este documento, incluyendo todos los requisitos de autorización y referencia médica, y la coordinación por parte del PCP del miembro.

Nota: Ningún servicio tiene cobertura a menos que sea médicamente necesario. El hecho de que un médico u otro proveedor puedan recetar, ordenar, recomendar o aprobar un servicio o material no lo hace, en sí mismo, médicamente necesario, aun cuando no aparezca específicamente enumerado como una exclusión o limitación. SFHP excluye de la cobertura todos los servicios que no son médicamente necesarios.

B. Exclusiones y Limitaciones Específicas

Ciertos servicios están limitados y se indican en la descripción de beneficios y en el Resumen de beneficios. Otros servicios enumerados en la sección que aparece a continuación se excluyen de esta cobertura.

Acupuntura y servicios quiroprácticos no son beneficios con cobertura.

Servicios por alcoholismo con fines de tratamiento y rehabilitación de un paciente hospitalizado o en base a cuidados diurnos, ordenados o no por un tribunal, excepto la desintoxicación de pacientes hospitalizados.

Los dispositivos anticonceptivos y los anticonceptivos que no necesitan una receta. Los medicamentos y dispositivos aprobados por la FDA están cubiertos si los ordena el proveedor de atención primaria del miembro y el proveedor de atención primaria determina que ninguno de los métodos designados por el plan como cubiertos son médicamente apropiados para el paciente.

Artículos de conveniencia como teléfonos, televisores, bandejas para huéspedes y artículos de higiene personal.

Cirugía cosmética que se realiza para alterar o modificar las estructuras normales del cuerpo únicamente para propósitos de mejorar la apariencia.

Incidente de atención de custodia para servicios que son proporcionados en el hogar u hospitalización o confinamiento en un centro de salud principalmente para el descanso, o para controlar o cambiar el entorno de una persona, excepto para servicios médicamente necesarios para tratar afecciones de enfermedad mental grave (SMI) y trastorno emocional grave (SED).

Drogadicción o abuso de drogas, tratamiento o rehabilitación como paciente hospitalizado o en cuidados diurnos, excepto cuando sea médicamente necesario para eliminar sustancias tóxicas del organismo.

Equipo médico duradero incluyendo la cobertura por artículos de conveniencia y comodidad; materiales desechables con la excepción de bolsas para colostomía y catéteres urinarios y materiales congruentes con los lineamientos de cobertura de Medicare; equipo para ejercicios e higiene; equipo experimental o de investigación dispositivos que no son de índole médica como saunas o elevadores o



modificaciones a la vivienda o al automóvil; equipo de lujo; o más de un artículo con la misma función, está excluido. Equipo y suministros para diabéticos están cubiertos según lo establecido en la página 75 bajo los beneficios de SFHP.

Atención experimental, con la excepción de medicamentos recetados para un uso distinto al aprobado para la comercialización del medicamento por parte de Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration), siempre y cuando se cumplan todas las condiciones establecidas en la sección 1367.21 del Código de Salud y Seguridad de California. En caso de que se denegara una solicitud de servicios debido a la naturaleza experimental o de investigación del tratamiento, usted puede solicitar inmediatamente que el Departamento de Atención Médica Administrada (DMHC) revise esta decisión por medio del proceso IMR, como lo establece la sección 1370.4 del Código de salud y seguridad. Usted no necesita participar en el proceso de reclamos del Plan antes de que su caso sea escuchado a través del proceso de IMR de DMHC. Puede solicitar directamente al DMHC la participación en el proceso de IMR.

Cuidado de rutina de los pies que incluye raspado o remoción de callos, corte de las uñas y ortopedia de los pies, exceptuando la cirugía y el calzado terapéutico necesario para prevenir o tratar complicaciones relacionadas con la diabetes.

Ayuda auditiva y servicios auditivos que incluye la compra de baterías u otro equipo secundario, excepto el equipo con cobertura según los términos de la compra inicial del aparato de corrección auditiva y cargos por un aparato de corrección auditiva que exceda las

especificaciones recetadas para la corrección de pérdida auditiva. Se excluyen las partes de reemplazo para aparatos auditivos, más de una reparación de un aparato de corrección auditiva en un período de treinta y seis meses y dispositivos auditivos implantados quirúrgicamente.

Mejoras al hogar o al vehículo o cualquier modificación o aditamento realizado a viviendas, propiedades o vehículos automotores que incluye rampas, elevadores, elevadores de escaleras, piscinas, sistemas de filtrado de aire, equipo de control ambiental, spas, tinas calientes o controles manuales para automóviles.

El **tratamiento de infertilidad** como la fertilización in vitro, G.I.F.T. (transferencia tubárica de gametos) o cualquier otra forma de fertilización inducida, inseminación artificial o servicios concomitantes o resultantes de procedimientos para o de los servicios de una madre sustituta no son servicios con cobertura.

Programas de aprendizaje y desarrollo personal que incluyen el tratamiento del síndrome hiperkinético, discapacidad para el aprendizaje, problemas de conducta o concomitantes a la terapia de lectura, vocacional, educativa, recreativa, artística, danza o musical, control de peso o programas de ejercicios. Los programas de aprendizaje y automejora que ofrecen tratamiento médicamente necesario para el trastorno generalizado del desarrollo (PDD) o autismo, enfermedad mental grave (SMI) y trastorno emocional grave (SED) no está excluido.



6 | Resumen de Beneficios del Programa Healthy Kids HMO

Atención a largo plazo que involucra atención a largo plazo en un **centro de enfermeras calificadas**, a menos que SFHP determine que es una alternativa menos costosa y más satisfactoria a los beneficios con cobertura. La atención a corto plazo en un centro de enfermeras calificadas y los cuidados paliativos tienen cobertura.

Atención no especializada o atención de custodia, que puede llevarse a cabo de forma segura y eficaz por los miembros de la familia o personas sin licencia, certificación o sin la presencia de una enfermera supervisora con licencia, excepto por servicios para amas de casa para atención de cuidados paliativos o servicios que son médicamente necesarios para tratar la enfermedad mental grave (SMI) y trastorno emocional grave (SED).

Servicios de donación de órganos a un miembro en relación con servicios de trasplante al donante cuando el receptor del trasplante no sea miembro.

Aparatos ortopédicos/otros materiales, calzado ortopédico (excepto para diabéticos), soportes elásticos (consulte las Exclusiones de ortopedia y prótesis en la página 75). Materiales médicos desechables para aparatos diagnósticos en el hogar, artículos de comodidad, equipo de control ambiental, equipo para ejercicios, dispositivos de autoayuda/educativos, equipo de monitoreo en el hogar, cualquier tipo de comunicador, voz.

Medicamentos sin receta, materiales y dispositivos como filtros de aire o medicamentos que no requieren de receta, vitaminas, minerales, suplementos alimenticios o alimentos para dietas especiales o suplementos nutritivos. Las excepciones son: insulina, productos para dejar de fumar, vitaminas prenatales, ácido fólico

y preparaciones de fluoruro. Se podrían cubrir los medicamentos, los suministros y los dispositivos que son médicamente necesarios para el tratamiento de la enfermedad mental grave (SMI), tratamiento de trastorno emocional grave (SED) y el diagnóstico de Fenilcetonuria (PKU). El confinamiento en un centro para el manejo del dolor para tratar o curar el dolor crónico no está cubierto. SFHP cubre servicios para el manejo del dolor en un hospital de SFHP para el dolor intratable por cáncer o tracción y medicamentos para el manejo del dolor para pacientes con enfermedad terminal cuando sea médicamente necesario.

Exámenes físicos y vacunas necesarios para licencia, empleo, seguro, participación en la escuela o participación en deportes recreativos, ordenados por un tribunal o para viajar, a menos que el examen corresponda a un programa de exámenes físicos y vacunas de rutina proporcionados en “Servicios de salud preventivos”, página 65 o los servicios que son médicamente necesarios para tratar afecciones como enfermedad mental grave (SMI) y trastorno emocional grave (SED).

Servicios recibidos fuera de los Estados Unidos, excepto los servicios de emergencia, requeridos de urgencia o autorizados.

Disfunción sexual concomitante a **disfunción sexual no relacionada con causas físicas**, incluye todos los servicios excluidos en el tratamiento de infertilidad que se describen en esta sección y cirugía para implantación de dispositivos peneanos y servicios relacionados con la excepción de dispositivos peneanos y cirugía cuando son médicamente necesarios para el tratamiento de afecciones no psiquiátricas.



Envejecimiento de la piel relacionado con el diagnóstico y tratamiento para retrasar o revertir los efectos del envejecimiento de la piel.

Admisiones por abuso de sustancias (drogas) (ordenadas o no por el tribunal), a menos que sean médicamente necesarias para la desintoxicación médica aguda, página 79.

Transporte distinto al indicado en transporte médico, página 81.

Vasectomía y ligadura de trompas o repetición de vasectomía o ligadura de trompas (a menos que se deba a una vasectomía o ligadura inicial fallida) o la infertilidad resultante. El plan cubre los servicios médicamente necesarios para tratar las complicaciones referencia de cualquier procedimiento de reversión o esterilización.

Coordinación de Beneficios y Responsabilidades de Terceros

A. Coordinación de Beneficios

En un esfuerzo para evitar el pago duplicado por el mismo servicio, cuando el miembro es elegible para recibir beneficios de otros pagadores, el plan coordinará sus beneficios con los demás pagadores. Si un miembro de SFHP también tiene derecho a beneficios por cualquiera de las condiciones enumeradas a continuación, la responsabilidad de SFHP por los beneficios se reducirá por el monto de los beneficios pagados o por el valor razonable de los servicios proporcionados sin ningún costo para el miembro. Esta coordinación de beneficios aplicará cuando el miembro tenga derecho a los siguientes beneficios adicionales:

- Beneficios a los cuales tiene derecho un miembro de parte de cualquier otro asegurador, plan de servicio de atención médica o fideicomiso de atención médica sindical.
- Beneficios proporcionados por cualquier otra dependencia del gobierno federal o estatal, incluso el CCS o por parte de cualquier condado u otra subdivisión política, incluyendo cualquier servicio proporcionado en un centro de la Administración de Veteranos para una afección relacionada con el servicio militar o en un centro del Departamento de Defensa, siempre y cuando la persona no esté en servicio activo.
- Beneficios proporcionados de forma gratuita o sin expectativa de pago.
- Beneficios proporcionados como resultado de un reclamo de compensación laboral.
- Beneficios proporcionados para el tratamiento relacionado directamente con cualquier afección, enfermedad o lesión totalmente discapacitante, para la que el miembro tenga cobertura con un contrato o póliza que proporciona beneficios de gastos o servicios quirúrgicos, médicos u hospitalarios.

Aun si tiene otra cobertura, los Beneficios solo tendrán cobertura del SFHP si los proporcionan los proveedores del SFHP y se autorizan según las reglas del SFHP.



B. Responsabilidad de Terceros

Si un miembro se lesiona por el acto u omisión de otra persona (un tercero), el SFHP, con respecto a los servicios requeridos como resultado de dicha lesión, proporcionará los beneficios bajo SFHP solo con la condición de que el miembro:

- Acepte reembolsar al SFHP el valor razonable en efectivo de los beneficios proporcionados como lo reflejen los cobros usuales y acostumbrados del médico y según lo permita la ley, inmediatamente después del cobro de los daños por parte del miembro, ya sea por acción legal, acuerdo o de otro tipo.
- Proporcione al SFHP un gravamen, por un monto igual al valor de los beneficios proporcionados por SFHP, reflejado por un monto que no exceda el ochenta (80) por ciento de los cargos usuales y acostumbrados del proveedor o el monto pagado por SFHP. El gravamen puede ser presentado ante el tercero, el agente del tercero o el tribunal.

Todos los gravámenes presentados por SFHP para la recuperación de pagos realizados por SFHP a nombre de un miembro que tenga derecho a obtener los servicios del plan se harán en cumplimiento con la sección 3040 del Código Civil.

Cambios de los Beneficios, Cancelación de la Afiliación y Cancelación

A. Derecho de San Francisco Health Plan para Cambiar los Beneficios y los Cargos

San Francisco Health Plan se reserva el derecho de cambiar los beneficios y los cargos del programa de Beneficios del plan Healthy Kids HMO. A los miembros se les dará un aviso por lo menos treinta (30) días antes de la fecha de inicio de cualquier cambio en los beneficios o cargos.

B. Cancelación de la Inscripción

SFHP enviará una notificación con al menos 30 días de anticipación a cualquier miembro. La cobertura no concluirá antes del plazo de 15 días a partir de la fecha de envío del aviso de cancelación. Se cancelará la afiliación de un miembro en el programa si ocurre cualquiera de las siguientes circunstancias:

- El plan de salud determina que el miembro ya no cumple con los requisitos.
- El miembro cumple 19 años de edad. La cancelación de la afiliación por esta razón será efectiva el último día del mes en el que el miembro cumpla 19 años de edad.
- El miembro no paga la prima anual requerida durante 30 días consecutivos a partir de la fecha de vencimiento.
- El miembro o su representante legal lo solicita por escrito. La cancelación de la afiliación, por esta razón, será efectiva al finalizar el mes en que se realiza la solicitud.



- El solicitante o el miembro intencionalmente realizó declaraciones falsas para establecer la elegibilidad al plan de salud para cualquier persona u obtuvo o intentó obtener servicios por medio de información, actos u omisiones falsas, confusas o fraudulentas.
- El miembro o el solicitante ha permitido que alguien que no es miembro utilice una tarjeta de identificación de miembro para obtener servicios o de cualquier otra manera permite que otra persona utilice fraudulenta y engañosamente los servicios o instalaciones del plan de salud.
- El miembro o el solicitante en nombre del miembro no proporciona la información necesaria para volver a calificar durante la revisión anual de elegibilidad. La cancelación de la afiliación, por esta razón, será efectiva un año después de la cobertura.
- Fallecimiento de un miembro. La cancelación de la afiliación, por esta razón, será efectiva al finalizar el mes en que ocurrió la muerte.
- SFHP cancela el programa. La cancelación de la afiliación, por esta razón, será efectiva no antes de 90 días después de enviar por correo, a los miembros, el aviso acerca de la cancelación del programa.

Cancelación de la afiliación por falta de pago

Previo a la cancelación de la afiliación por falta de pago de la prima anual requerida de un miembro, SFHP enviará un “aviso por falta de pago” al miembro si no se ha recibido el pago después de 30 días del vencimiento del pago. El aviso por falta de pago le indicará al miembro que si no se recibe el pago, la afiliación del miembro se cancelará 45 días después de la fecha de envío por correo del aviso por falta de pago. Si el plan no recibe el pago 30 días después del envío por correo del aviso por falta de pago, el plan enviará un aviso de cancelación. El Aviso de cancelación le informará al miembro que la cobertura de Healthy Kids HMO se cancelará a las 12:00am del último día del mes, pero no antes de 15 días a partir del envío por correo del Aviso de cancelación. Dicho aviso deberá indicar claramente las circunstancias por las que se cancela la afiliación, la fecha de inicio de la cancelación de la afiliación y la responsabilidad financiera del solicitante u otra persona responsable por los servicios proporcionados después de la fecha de inicio de la cancelación de la afiliación.

El aviso se debe hacer por escrito, enviar por correo regular de los U.S. a la dirección actual del solicitante que aparece en los archivos del plan. Un miembro al que se le canceló la afiliación puede solicitar al plan la revisión de la decisión de la cancelación de la afiliación. Comuníquese con Servicio al Cliente al **1(415) 547-7800** o al **1(800) 288-5555** si se canceló su afiliación y desea solicitar una revisión de la decisión del Plan. Un representante de Servicios al Miembro le ayudará.



6 | Resumen de Beneficios del Programa Healthy Kids HMO

Los miembros que se les ha cancelado su afiliación por falta de pago pueden volver a solicitar la cobertura. SFHP requiere el pago completo de la prima anual o asistencia de prima (si es elegible) para el reingreso. Los miembros elegibles debido únicamente a su condición de "límite de edad" que cancelan o se les cancela la afiliación debido a que son mayores de 19 años, no son elegibles para volver a presentar una solicitud.

C. Devolución de la Prima

En el caso de que se cancele la afiliación antes del último día del período para el que se recibió el pago, el plan reintegrará al solicitante dentro de los siguientes 30 días la proporción de la prima pagada al plan de salud, que corresponda a cualquier período sin expirar para el cual el plan de salud recibió el pago.

D. Derecho de la Persona a la Cancelación

Los miembros del programa Healthy Kids HMO pueden cancelarlo en cualquier momento. Comuníquese con SFHP Servicio al Cliente al **1(415) 547-7800** o al **1(800) 288-5555** para solicitar la cancelación.

E. Revisión por el Departamento de Atención Médica Administrada

El Departamento de Atención Médica Administrada de California es responsable de la regulación de los planes de servicio de atención médica, incluidas las decisiones de afiliación y cancelación de la afiliación del plan. Un solicitante o miembro que sostiene que se canceló o no se renovó la afiliación debido a la condición de salud del miembro o requisitos de servicios médicos, podrá solicitar una revisión por parte del Departamento. El Departamento de

Atención Médica Administrada cuenta con el número telefónico gratuito, **1(888) HMO-2219**, para recibir quejas relacionadas con los planes de salud. Las personas con dificultades auditivas y del habla pueden utilizar los números de teléfono gratuitos de California Relay Service **1(800) 735-2929** (TTY), o **1(888) 877-5379** (TTY), para comunicarse con el Departamento. El sitio web del Departamento (**hmohelp.ca.gov**) ofrece formularios e instrucciones en línea.

Procedimientos de Reclamos y Apelaciones

A. Proceso de Reclamo

Se exhorta a los miembros a presentar sus reclamos primero al personal del consultorio de su médico a fin de resolver el problema directamente. Si este método no resuelve el problema, o si usted desea presentar de inmediato un reclamo, notifique al SFHP en cuanto le sea posible. El plan de salud podría ser capaz de resolver su problema. También puede solicitar una copia del protocolo completo de queja/reclamo. Comuníquese con Servicio al Cliente al **1(415) 547-7800** (llamada local) o **1(800) 288-5555** y se le enviará una copia.

Presentar una queja o una apelación es su derecho y es un proceso confidencial. SFHP no puede discriminarlo ni cancelar su afiliación al plan, si usted decide presentar un reclamo o una apelación. Además, su proveedor no puede retener ni cancelar la atención médica porque usted haya presentado un reclamo.



Tenga en cuenta que: todos los afiliados al Plan de Salud tienen derecho a presentar un reclamo ante el Departamento de atención médica controlada en cualquier momento antes, durante o después del proceso de reclamo o apelación. Si desea obtener información adicional acerca del Departamento de atención médica administrada, diríjase a la sección "Quejas al Departamento de atención médica administrada" en la página 100.

Presentación de un reclamo

Usted puede presentar una queja sobre la prestación de servicios o beneficios de atención médica, al llamar a Servicio al Cliente al **1(415) 547-7800** (llamada local) o **1(800) 288-5555**, o puede presentar una queja por escrito a:

San Francisco Health Plan
Attn: Grievance Coordinator
P.O. Box 194247
San Francisco, CA 94119

También puede presentar su queja en persona en la siguiente dirección:

San Francisco Health Plan Service Center
7 Spring Street
San Francisco, CA 94104

Los formularios de quejas y los procedimientos de quejas del miembro se pueden obtener en SFHP, el consultorio de su proveedor, el grupo médico de su proveedor o en línea en el sitio web del SFHP en **sfhp.org**.

Proceso de quejas/reclamos

Cuando usted presenta una queja o reclamo, esto es lo que ocurre:

Paso 1. Usted presenta su reclamo por teléfono, por escrito o en persona. El coordinador de quejas de SFHP del estará disponible para ayudarle con su reclamo si usted así lo desea.

Paso 2. En la mayoría de los casos, SFHP le enviará una carta dentro de los siguientes cinco 5 días calendario para confirmar la recepción de su reclamo. La carta también le dará información acerca del procedimiento de queja y sobre sus derechos como miembro de SFHP.

Paso 3. SFHP notificará por escrito su propuesta de resolución en un plazo de 30 días. Si no ha recibido una carta de SFHP antes de 30 días calendario o si no acepta la resolución que propone SFHP, puede solicitar una audiencia de apelación con SFHP o puede comunicarse inmediatamente con el Departamento de Atención Médica Administrada según se describe en la página 100.

Si por algún motivo su correo es devuelto indicando que no fue posible entregarlo y no podemos localizarlo por teléfono, SFHP no podrá continuar trabajando en su queja hasta que el SFHP tenga noticias suyas y se suspenderá su queja. Sin embargo, SFHP puede empezar a trabajar en su queja si SFHP recibe noticias suyas dentro de los 6 meses posteriores a la presentación de su queja. Si SFHP no recibe noticias suyas, su queja se cerrará después de 6 meses.

Cualquier sugerencia que pueda tener para resolver su problema es bienvenida en cualquier momento durante el proceso de reclamos o apelaciones.



6 | Resumen de Beneficios del Programa Healthy Kids HMO

SFHP debe completar todo el proceso de queja para usted dentro de un plazo de 30 días, sin importar si usted presenta una apelación de segundo nivel o no. Si no hemos resuelto su queja después de 30 días (sin importar en qué nivel del proceso se encuentre) puede comunicarse inmediatamente con el Departamento de atención médica administrada al **1(888) HMO-2219**, o a la línea TDD **1(877) 688-9891**.

B. Revisión Médica Expedita y Apelaciones

Cuando tenga una queja urgente, puede solicitar que el Plan revise su queja o apelación en un plazo de 72 horas. Una queja urgente es cuando una demora en la obtención de atención médica representaría una amenaza inminente y seria a su salud, que incluye pero no se limita a la pérdida de la vida o de una extremidad, de funciones corporales principales o de dolor intenso.

Para iniciar una Queja urgente, llame a SFHP al **1(800) 288-5555** o **1(415) 547-7800** e indíqueles que desea presentar una Queja urgente. SFHP le notificará de inmediato acerca de su derecho a comunicarse con el DMHC y que no tiene que participar en el proceso de queja de SFHP antes de comunicarse con DMHC para obtener ayuda. Consulte la sección H a continuación para obtener información acerca de cómo comunicarse con el Departamento de atención médica administrada.

Cuando usted presente una queja urgente ante SFHP, emitiremos una decisión dentro de un plazo de 72 horas.

C. Cooperación de los Miembros en el Proceso de Quejas

Para que SFHP tome en cuenta el reclamo del miembro tan rápido como sea posible, se le puede pedir al miembro que proporcione información o que permita la divulgación de los expedientes médicos. SFHP solicita que el miembro responda a estas solicitudes tan rápido como sea posible.

D. A Dónde Escribir

El reclamo por escrito o cualquier correspondencia o información relacionada con el reclamo del miembro se deberá enviar por correo a:

Grievance Coordinator
San Francisco Health Plan
P.O. Box 194247
San Francisco, CA 94119

También puede presentar su queja en persona en la siguiente dirección:

San Francisco Health Plan
Service Center
7 Spring Street
San Francisco, CA 94104

Los formularios de quejas y los procedimientos de quejas del miembro se pueden obtener en SFHP, el consultorio de su proveedor, el grupo médico de su proveedor o en línea en el sitio web del SFHP en **sfhp.org**.



E. Revisión Médica Independiente de Quejas que Involucran un Servicio de Atención Médica en Disputa

Usted puede solicitar una revisión médica independiente (IMR) de los servicios de atención médica en disputa al Departamento de Atención Médica Administrada (DMHC), si considera que los servicios de atención médica han sido indebidamente denegados, modificados o retrasados por SFHP o por su grupo médico. Puede solicitar la IMR dentro de los seis meses posteriores a cualquiera de los eventos que califican, que se describen a continuación. Su decisión de no participar en el proceso de IMR puede provocar su renuncia a cualquier derecho reglamentario para buscar acción legal en contra del Plan respecto a los servicios de atención médica en cuestión.

El proceso de IMR es adicional a cualquier otro procedimiento o recurso disponibles, como presentar una queja o una apelación. El proceso de IMR es gratuito. Tiene el derecho de proporcionar cualquier información que tenga para respaldar su solicitud para un IMR. SFHP o su grupo médico, debe proporcionarle una solicitud de IMR junto con cualquier carta de resolución de queja que deniegue, modifique o retrase los servicios de atención médica. Si presenta una solicitud de IMR al DMHC, será revisada para confirmar que:

Su médico ha recomendado un servicio de atención médica como médicamente necesario; o (B) Usted ha recibido atención de urgencia o servicios de emergencia que un proveedor determinó como médicamente necesarios; o (C) Usted recibió atención de un médico para el diagnóstico o tratamiento de la afección médica para la cual solicita una IMR; El servicio de atención médica disputado fue denegado,

modificado o retrasado por parte de SFHP o su grupo médico, con base en su totalidad o en parte de una decisión que el servicio de atención médica no es médicamente necesario; y

Usted ha presentado una queja ante SFHP o su grupo médico y se mantiene la decisión en disputa o la queja continúa sin resolverse después de 30 días. Si su queja requiere de una revisión urgente, puede presentarla de inmediato al Departamento. El DMHC puede eliminar el requisito de que usted siga el proceso de quejas del SFHP en casos extraordinarios y que lo ameriten.

Si su caso es elegible para IMR, la disputa será presentada a un especialista médico que determinará de manera independiente si la atención es médicamente necesaria o no. Usted recibirá una copia de la evaluación realizada en su caso. Si la IMR determina que el servicio es una necesidad médica, el SFHP o su grupo médico proporcionará los servicios de atención médica.

En casos que no son de urgencia, la organización de IMR asignada por el DMHC debe presentar su determinación dentro de los 30 días posteriores a la recepción de su solicitud y documentos de apoyo. Para casos urgentes que involucran una amenaza inminente y seria a su salud, incluyendo, pero no limitada a: dolor serio, pérdida potencial de la vida, extremidades o función corporal principal o el deterioro inmediato y serio de su salud, la organización de la IMR debe proporcionar su determinación dentro de los siguientes 3 días hábiles.

Para obtener información adicional sobre el proceso de IMR o para pedir una solicitud para el mismo, llame a Servicio al cliente al **1(415) 547-7800** (llamada local) o **1(800) 288-5555**.



F. Apelaciones de Medicamentos no Incluidos en el Formulario

Si usted no está de acuerdo con la denegación o modificación de SFHP a una solicitud de medicamento no incluido en el formulario, puede presentar una apelación ante SFHP. SFHP enviará su caso a una organización de revisión independiente para su revisión. Una organización de revisión externa no está afiliada ni trabaja para SFHP.

La organización de revisión externa decidirá si SFHP debe cubrir el medicamento no incluido en el formulario con base en la necesidad médica. SFHP le notificará a usted y a su médico encargado de la decisión en un plazo de 72 horas.

Si la solicitud original para el medicamento no incluido en el formulario era expedita, SFHP les notificará a usted y al médico que receta en un plazo de 24 horas.

G. Experimental o de Investigación IMR

Si su médico ha recomendado un medicamento, dispositivo, procedimiento u otra terapia que él o ella certifique por escrito como posiblemente más benéfico para usted que cualquier terapia estándar disponible, o si usted o su médico solicitan una terapia que crean, basándose en la documentación correspondiente, que tiene posibilidades de ser más beneficiosa para usted que cualquier terapia estándar disponible, entonces usted puede solicitar una IMR experimental o de investigación.

Si su médico determina que la terapia experimental/de investigación sería significativamente menos efectiva si no se inicia rápidamente, entonces se realizará una determinación de su revisión dentro de los

siete (7) días posteriores a la solicitud de una IMR urgente.

SFHP le notificará por escrito acerca de la oportunidad de solicitar una Revisión médica independiente sobre cualquier decisión que deniegue una terapia experimental o en investigación en los siguientes cinco (5) días hábiles después de la decisión de denegación de la cobertura.

Usted no tiene que participar en el proceso de quejas del SFHP antes de comunicarse con el DMHC para una IMR experimental/de investigación. Puede comunicarse con el DMHC inmediatamente para solicitar la IMR y el SFHP le ayudará con este proceso.

H. Reclamos ante el Departamento de Atención Médica Administrada

El Departamento de Atención Médica Administrada de California (DMHC) requiere que informemos a nuestros miembros de lo siguiente:

El Departamento de Atención Médica Administrada de California es responsable de regular los planes de servicio de atención médica. Si tiene una queja en contra de su plan de salud, primero debe comunicarse telefónicamente a su plan de salud llamando al **1(800) 288-5555** o **1(415) 547-7800** o al número de TDD en **1(888) 883-7347** y utilizar el proceso de quejas de su plan de salud antes de comunicarse con DMHC. El uso de este procedimiento de presentación de quejas no le prohíbe ningún derecho legal potencial o recursos disponibles para usted.

Si necesita ayuda con una queja relacionada con una emergencia, una queja que su plan de salud no haya resuelto satisfactoriamente o una queja que haya permanecido sin resolver durante más



de 30 días, puede llamar al DMHC para solicitar asistencia. Además, podría ser elegible para una Revisión médica independiente (IMR). Si usted es elegible para una IMR, el proceso de IMR proporcionará una revisión imparcial de las decisiones médicas de un plan de salud relacionadas con la necesidad médica de un servicio o tratamiento propuesto, decisiones de cobertura para tratamientos experimentales o de investigación, y disputas de pagos por servicios médicos de emergencia o urgencia. El departamento también tiene un número de teléfono sin costo **(1-888-HMO-2219)** y una línea TDD **(1-877-688-9891)** para personas con dificultades auditivas y del habla. El sitio web del departamento <http://www.hmohelp.ca.gov>, contiene formularios de quejas, formularios de solicitud de IMR e instrucciones en línea.

I. Arbitraje de Disputas

Si existe alguna disputa o desacuerdo entre un miembro y el SFHP (que no sea un reclamo por negligencia médica) que excede la jurisdicción del Tribunal de quejas menores, el miembro y el Plan resolverán la disputa por medio de un arbitraje final y vinculante. El arbitraje tendrá lugar en San Francisco, California. Un miembro solicitará arbitraje por medio de notificación escrita al Plan dentro de las limitaciones reglamentarias aplicables establecidas por la Ley de California, incluida, pero sin limitarse a, la Ley de Reclamación por agravios, que aplicaría si el miembro presentara una demanda civil con relación a este adjunto.

Si el monto total de los daños reclamados por el miembro es de \$200,000 o menos, la disputa será resuelta por un solo árbitro seleccionado por las partes dentro de los días siguientes a la fecha en que el Plan reciba la petición de

arbitraje de parte del miembro o si las partes no pueden ponerse de acuerdo en un solo árbitro, seleccionado por el método estipulado en la sección 1281.6 del Código de procedimiento civil de California. Dicho arbitraje no tendrá jurisdicción para otorgar más de \$200,000.

Si el monto de los daños reclamados por el miembro excede \$200,000, entonces dentro de un plazo de treinta (30) días calendario después de la fecha en que el Plan reciba la petición de arbitraje del miembro, el miembro y el Plan intentarán ponerse de acuerdo con un solo árbitro. Si las partes no pueden ponerse de acuerdo con un solo árbitro dentro de este período de treinta días, entonces SFHP nombrará un árbitro y el miembro nombrará un árbitro y los árbitros nombrarán un tercer árbitro neutral dentro de los treinta (30) días calendario siguientes a la petición de arbitraje por parte del miembro. Si los dos árbitros no pueden ponerse de acuerdo con un árbitro neutral o si por alguna otra razón no se selecciona el árbitro neutral en el plazo de treinta días después de la petición de arbitraje del Miembro, el método establecido en la sección 1281.6 del Código de Procedimiento Civil de California puede ser utilizado por cualquier de las partes para seleccionar al árbitro neutral.

Excepto por lo descrito en esta sección, "Arbitraje de disputas", las disposiciones de arbitraje establecidas en el Título 11 de la Parte 3 del Código de Procedimiento Civil de California, incluida la Sección 1283.05 del mismo, que permite procedimientos ampliados de presentación de evidencias, será aplicable a todas las disputas o controversias arbitradas entre el miembro y el SFHP. La decisión y resolución del árbitro será emitida en cuanto sea posible después de la audiencia y la presentación del asunto por las partes, pero no



más tarde de (30) días calendario después. La decisión será por escrito, indicará cuál es la parte ganadora, el monto de la indemnización, otros términos relevantes de la misma y los motivos por los cuales se otorgó cualquier indemnización. La resolución al otorgarse la indemnización emitida por los árbitros puede ser presentada por cualquiera de las partes en cualquier tribunal que tenga jurisdicción. Los árbitros no tendrán autoridad para otorgar indemnizaciones por daños punitivos o ejemplares. Cada parte será responsable exclusivamente de sus propios honorarios de abogados y costos legales.

Los costos del árbitro neutral serán compartidos de forma equitativa entre el miembro y el SFHP, considerando que, en caso de dificultades extremas, el Plan será responsable de todos los costos del árbitro neutral. Una solicitud por parte del miembro para que el plan se haga responsable de todos los costos del árbitro neutral puede obtenerse en Servicios al Miembro. Si el SFHP no acepta responsabilizarse de todos los costos del árbitro neutral cuando se haga una solicitud de dicha ayuda por parte del miembro, dicha determinación deberá ser hecha por un árbitro neutral.

Se entiende que las partes están renunciando a su derecho constitucional a que cualquier disputa de este tipo se decida en un tribunal judicial ante un jurado y, en lugar de ello, aceptan el uso del arbitraje. Este requisito no anula el derecho del miembro a tener un juicio con jurado por reclamos de negligencia médica.

Otras Disposiciones

A. Participación en Pólizas Públicas

El SFHP es un plan de salud con patrocinio público. Las reuniones de su Consejo Directivo están abiertas al público. El Plan ha establecido un Comité asesor de miembros (BC) para asesorar a su Consejo Directivo en decisiones de política. Dos miembros de este comité también son miembros de la Junta reglamentaria y uno es miembro del Comité de mejora de calidad de SFHP. SFHP exhorta a sus miembros a que participen en el establecimiento de sus políticas relacionadas con los actos realizados por SFHP (y por sus empleados y personal) para asegurar la comodidad, dignidad y conveniencia de los pacientes que confían en las instalaciones del plan para que les brinde servicios de atención médica a ellos, a sus familias y al público. Los nombres de los miembros del Comité de Beneficiarios y del Consejo Directivo se pueden obtener al llamar a Servicio al Cliente al **1(415) 547-7800** (llamada local) o al **1(800) 288-5555**. Si el miembro está interesado en la participación en el futuro, comuníquese con Servicios al Miembro.

B. No Transferibles

Los beneficios del SFHP no son transferibles sin el consentimiento por escrito del SFHP.

C. Contratistas Independientes

Los médicos de SFHP no son agentes ni empleados de SFHP, sino contratistas independientes. Los médicos pueden ser contratistas independientes del grupo médico con el cual tiene contrato SFHP.



En ningún caso SFHP será responsable por la negligencia o actos ilícitos u omisiones de alguna persona que preste sus servicios a los miembros, incluidos cualquier médico, hospital u otro proveedor, o sus empleados.

D. Continuidad de la Atención por parte de un Proveedor Cancelado

Si usted está recibiendo tratamiento para afecciones agudas, afecciones crónicas graves, embarazo (incluyendo atención posnatal inmediata), enfermedad terminal, o que sean niños desde el nacimiento hasta los 36 meses de edad, que hayan recibido autorización de un proveedor que ya no trabaja con el plan para ser sometidos a cirugía o a algún otro procedimiento como parte de un curso de tratamiento documentado, puede solicitar la continuación de los servicios con cobertura con un proveedor que ya está cancelado. El proveedor cancelado deberá estar de acuerdo con la tarifa de pago y cumplir con las políticas y procedimientos razonables de SFHP, según sea aplicable para el proveedor cancelado. Si el proveedor cancelado no está de acuerdo con la tarifa de pago ni con cumplir las políticas de SFHP, entonces el miembro no podrá continuar recibiendo atención del proveedor cancelado.

Comuníquese a Servicio al Cliente para recibir información acerca de los criterios de elegibilidad, la política y el procedimiento para solicitar la continuidad de la atención por parte de un proveedor cancelado.

E. Continuidad de la Atención de Nuevos Miembros por parte de Proveedores no Contratados

Los miembros con cobertura que reciban tratamiento por afecciones agudas, afecciones crónicas serias, embarazo (incluida la atención de posparto inmediato), enfermedad terminal o que sean niños desde el nacimiento hasta los 36 meses de edad, o que hayan recibido autorización de un proveedor para someterse a cirugía u otro procedimiento como parte de un curso de tratamiento documentado, pueden solicitar la continuidad de los servicios con cobertura en ciertas circunstancias con un proveedor que no tiene contrato y que proporcionaba servicios al miembro al momento en que la cobertura del miembro entró en vigencia en este plan. El proveedor no contratado deberá estar de acuerdo con la tarifa de pago y cumplir con las políticas y procedimientos razonables de SFHP, según sea aplicable para el proveedor cancelado. Si el proveedor no contratado no está de acuerdo con la tarifa de pago o con cumplir con las políticas de SFHP, entonces el miembro no podrá continuar recibiendo atención del proveedor no contratado. Comuníquese a Servicio al Cliente para recibir información acerca de los criterios de elegibilidad, la política y el procedimiento para solicitar la continuidad de la atención por parte de un proveedor sin contrato.

Llame a Servicio al Cliente al **1(415) 547-7800** (llamada local) o **1(800) 288-5555**, para obtener más información.



F. Pago de Proveedores

El SFHP generalmente les paga a sus grupos médicos contratados y a sus hospitales contratados por el método llamado capitación. Según este método, cada grupo médico y cada hospital recibe un pago fijo mensual por los miembros asignados a dicho grupo médico y a dicho hospital. A cambio, cada grupo médico y hospital asume el riesgo del costo de los servicios de atención médica que tienen cobertura por su contrato con el SFHP para los miembros asignados.

SFHP paga a algunos de sus proveedores por medio de un método llamado honorarios por servicio. Esto significa que a los médicos se les paga por los servicios que proporcionan a los miembros. Bajo algunos acuerdos, el plan requiere que los proveedores que reciben pagos de honorarios por servicio solo reciban una suma equivalente a lo que recibirían bajo el método per cápita. Si los médicos exceden este monto, deben reintegrar el dinero al plan. Si los médicos no reciben al menos lo que recibirían bajo capitación, entonces el plan pagará a los médicos un monto adicional para igualar el monto de capitación.

Aunque SFHP no participa en acuerdos de incentivos con los grupos médicos en relación con los costos de la atención hospitalaria, los hospitales pueden participar en dichos acuerdos de incentivos con los grupos médicos afiliados. Según dichos acuerdos de incentivos, el hospital y el grupo médico pueden compartir el costo de los servicios de hospital y el grupo médico puede recibir un bono si el costo de dichos servicios es inferior a un monto fijo. Llame a SFHP al **1(415) 547-7800** (llamada local) o al **1(800) 288-5555**, a su PCP o a su grupo médico para obtener más información sobre el pago a los proveedores.

G. Aviso de Prácticas de Información

SFHP sigue su Notificación de prácticas de privacidad.

Le enviamos esta carta todos los años de conformidad con la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud (HIPAA), la cual regula el uso de la información de salud protegida. Usted puede recibir una copia de esta carta en cualquier momento, al comunicarse con el Funcionario de cumplimiento y asuntos de regulación (Compliance & Regulatory Affairs Officer) al **1(415) 547-7800**, o **1(800) 288-5555** o visite el sitio web de SFHP en **sfhp.org**.

SFHP puede utilizar su información de salud para pagar su atención médica, para permitir que su médico le proporcione tratamiento o para otras operaciones de SFHP. Usted tiene derecho a solicitar una descripción completa de nuestras políticas que describen la forma en que utilizamos su información. También tiene derecho a ver su expediente médico o a solicitar una restricción sobre la forma en que utilizamos o divulgamos su información de salud, excepto con fines de tratamiento, pago o de operaciones



del SFHP Comuníquese con el funcionario de cumplimiento y asuntos de regulación del SFHP para presentar un reclamo sobre el uso de su información de salud por parte del Plan o para solicitar una copia de nuestras políticas de privacidad.

El plan y sus médicos tienen prohibido compartir, vender, utilizar o divulgar intencionalmente cualquier información médica que no esté relacionada con la atención médica del paciente sin la autorización del paciente, a menos que la divulgación sea exigida legalmente. Cada médico del SFHP que maneja registros médicos debe preservar la confidencialidad del paciente.

Nota: está disponible una declaración que describe las políticas y procedimientos del SFHP para mantener la confidencialidad de los expedientes médicos y se le proporcionará si la solicita.

H. Participación en el Programa de Beneficios

SFHP tendrá la facultad y la autoridad discrecional de interpretar las disposiciones del contrato del plan de salud y la Evidencia de Cobertura, y de determinar los beneficios de SFHP. SFHP debe ejercer esta autoridad para el beneficio de todas las personas autorizadas para el beneficio de todas las personas autorizadas para recibir los beneficios bajo el contrato y Evidencia de cobertura.

I. Ley Aplicable

La cobertura del programa Healthy Kids HMO de SFHP está sujeta a los requisitos de California Knox-Keene Act, Capítulo 2.2 de la División 2 del Código de salud y seguridad de California y las regulaciones establecidas en las Secciones 1300.43 a 1300.826 del Título 28 del Código administrativo de California. Cualquier disposición que deba estar en este programa de beneficios de acuerdo con Knox- Keene Act o con los reglamentos, será obligatoria para SFHP, aun si no se incluye en esta Evidencia de Cobertura ni en el contrato del plan de salud.

J. Desastres Naturales, Interrupciones y Limitaciones

SFHP no será responsable ante el miembro si los servicios de SFHP o de cualquier médico de SFHP no se proporcionan ni tramitan o se retrasan debido a razones ajenas al control razonable de SFHP. Ejemplos de razones más allá del control de SFHP incluyen desastre natural, guerra, disturbios, disputas laborales que involucren a SFHP o a otro profesional médico, insurrección civil o epidemia. En dichos casos, la obligación de SFHP con el miembro se limitará al esfuerzo de buena fe de SFHP para proporcionar o hacer los arreglos para proveer los beneficios dentro de las limitaciones impuestas por dicho desastre natural o por otras razones fuera del control de SFHP.



7. Vecindarios Que Cubre SFHP

