

**SAN FRANCISCO
HEALTH PLANSM**



Here for you

Evidencia de Cobertura y Formulario de Autorización de Divulgación Combinados

2016 - 2017

HEALTHY KIDSSM  **HMO**

Índice

Introducción	5
Acerca de su Manual de Miembro de SFHP	5
Cómo funciona la Atención Administrada.	5
Elegibilidad	5
¿A quién debo llamar?	5
Ayuda en Otros Idiomas y para Personas con Deficiencia Auditiva.....	6
Su Tarjeta de Identificación de Miembro ...	6
Selección de su Proveedor de Atención Primaria	6
¿Qué es un Proveedor de Atención Primaria (PCP)?	6
¿Qué Tipo de Médico puede ser un PCP?.	7
¿Dónde trabajan los PCP?.....	7
El Grupo Médico de su PCP.....	7
Selección de su PCP	7
Cambio de su PCP	7
Obtención de Atención Médica bajo su Nuevo Plan de Salud.....	8
Obtención de Atención Médica	8
Atención Especializada	8
Segundas Opiniones.....	8
Servicios de Farmacia.....	8
Proceso de Autorización Previa	9
Atención Hospitalaria.....	9
Atención Médica de Emergencia.....	9
Línea de Asesoramiento de Enfermeras	10
Atención de Urgencia después del Horario Regular y durante los Fines de Semana..	10

Atención Médica lejos de Casa.....	10
Atención Dental y de la Vista	10
Servicios y Cargos del Plan de Salud	10
Prima Anual	11
Otros Cargos (copagos).....	11
Reembolso de Reclamos por Servicios de Emergencia.....	11
Servicios con Cobertura	12
Responsabilidades de los Miembros.....	12
Vínculos con otros Programas de Beneficios y Coordinación de Servicios	12
Servicios para niños (CCS)	12
Atención de Salud Mental.....	13
Problemas, Quejas y Reclamos.....	13
Cambio de Proveedor de Atención Primaria y de Grupo Médico	14
Solución de Problemas	14
El Proceso de Quejas o Reclamos	14
Resumen de Beneficios del Programa Healthy Kids HMO.....	15
Evidencia de Cobertura, Formulario de Autorización de Divulgación y Acuerdo del Plan Combinados	26
Evidencia de Cobertura y Formulario de Autorización de Divulgación.....	26
Acerca del San Francisco Health Plan (SFHP)	26
Elegibilidad e Inscripción	26
A. Disponibilidad de Fondos para el Programa	26
B. Requisitos de Elegibilidad del Miembro	27
C. Proceso de Solicitud	27
D. Fecha de Inicio de la Cobertura de los Miembros.....	27

E. Revisión Anual de la Elegibilidad de los Miembros	27	D. Atención del embarazo y maternidad (prenatal)	45
F. Notificación de Cambios en la Elegibilidad ..	28	E. Planificación Familiar	46
G. Cambios Relevantes en la Afiliación	28	F. Servicios de Aborto	46
Responsabilidades Financieras del Miembro.....	28	G. Tratamiento de Infertilidad.....	46
Prima Anual	28	H. Centros de Salud	46
Copagos y Límites de los Copagos	28	I. Servicios de Atención Médica en el Hogar ..	48
Reembolso de Reclamos por Servicios de Emergencia	28	J. Atención en Centro de Cuidados Paliativos.	49
Acceso para Discapacitados	28	K. Beneficios de Terapia a Corto Plazo.....	49
Acceso Físico.....	28	L. Estudios Clínicos de Cáncer.....	50
Acceso para Personas con Impedimento Visual....	28	M. Medicamentos Recetados.....	50
Ayuda en Otros Idiomas y para Personas con Deficiencia Auditiva	29	N. Equipo Médico Duradero	52
Derechos y Responsabilidades del Miembro.....	29	O. Equipo Ortopédico y Protésico	52
Derechos del Miembro	29	P. Educación de Salud.....	52
Responsabilidades del Miembro	30	Q. Atención Auditiva.....	53
Definiciones	30	R. Beneficios de Trasplante de Órganos	53
Elección de Médicos e Instalaciones	36	S. Cirugía Cosmética y Reconstructiva	54
Elección del PCP	37	T. Tratamiento por Abuso de Sustancias o Alcohol (proporcionado por los Servicios Comunitarios de Salud Conductual, el proveedor de Servicios de Salud Mental de SFHP.)	54
Cambio de su PCP o Grupo Médico	37	U. Atención de Salud Mental (proporcionada por los Servicios Comunitarios de Salud Conductual, el proveedor de salud mental de SFHP)	54
Programación de Citas	37	V. Servicios de Emergencia	56
Una Relación Positiva con su PCP.....	38	W. Hospitalización de Emergencia	56
Cómo Utilizar SFHP	38	X. Servicios de Transporte Médico	56
Autorización de Servicios	38	Y. Cirugía de Cambio de Sexo.....	56
Segundas Opiniones.....	38	Beneficios Dentales.....	56
Referencias Médicas a Especialistas.....	39	A. Elección de Médico y Proveedor.....	57
Acceso Directo a Gineco-obstetras	39	B. Programación de Citas	57
Atención Médica de Emergencia	39	C. Referencias Médicas a Especialistas	57
Atención de Urgencia fuera del Horario Regular y durante los Fines de Semana	40	D. Cambio de Dentista	57
Atención Postestabilización y de Seguimiento después de una Emergencia	40	E. Segundas Opiniones.....	57
Beneficios de SFHP	40	F. Servicios de Atención Dental de Emergencia o de Urgencia	58
A. Vínculos con otros Programas de Beneficios y Coordinación de Servicios.....	41	G. Cómo Obtener Servicios Dentales de Emergencia o de Urgencia.....	58
B. Servicios Médicos Preventivos	43	H. Atención de Seguimiento	58
C. Servicios Profesionales.....	45	I. Servicios Dentales sin Cobertura	58

J. Responsabilidades de Pago	58	C. Cooperación de los Miembros en el Proceso de Reclamos.....	71
K. Sus Beneficios Dentales	58	D. A dónde escribir	71
L. Exclusiones y Limitaciones de los Beneficios Dentales	59	E. Revisión Médica Independiente de Reclamos que Involucran un Servicio de Atención Médica en Disputa.....	71
M. Reclamo de Beneficios Dentales.....	61	F. IMR Experimental o de Investigación	72
Beneficios Visuales	62	G. Quejas ante el Departamento de Atención Médica Administrada	73
A. Beneficios Visuales.....	62	H. Arbitraje de Disputas.....	73
B. Exclusiones y limitaciones de los beneficios visuales	64	Otras Disposiciones	74
C. Responsabilidades de Pago	64	A. Participación en Pólizas Públicas.....	74
D. Disposiciones para servicios de salud visual fuera de la red.....	64	B. No transferibles	74
E. Apelación de reclamos para la vista	64	C. Contratistas Independientes	74
F. Reclamos de Beneficios de la Vista	65	D. Continuidad de la Atención por parte de un Proveedor que está Cancelado	74
G. Cargos	65	E. Continuidad de la Atención de Nuevos Miembros por parte de Proveedores No Contratados	75
H. Cambios en los Beneficios del Programa de la Vista	65	F. Pago de Proveedores	75
Exclusiones y limitaciones	65	G. Aviso de Prácticas de Información	75
A. Exclusiones y Limitaciones Generales	65	H. Participación en el Programa de Beneficios	76
B. Exclusiones y Limitaciones Específicas	65	I. Ley Aplicable.....	76
Coordinación de Beneficios y Responsabilidades de Terceros.....	67	J. Desastres Naturales, Interrupciones y Limitaciones	76
A. Coordinación de los Beneficios.....	67		
B. Responsabilidad de Terceros.....	68		
Cambios de los Beneficios, Cancelación de la Afiliación y Cancelación.....	68		
A. Derecho del San Francisco Health Plan de Cambiar los Beneficios y Cargos	68		
B. Cancelación de la Afiliación	68		
C. Devolución de la Prima	69		
D. Derecho de la Persona a la Cancelación	69		
E. Revisión por el Departamento de Atención Médica Administrada	70		
Procedimientos de Reclamos y Apelaciones	70		
A. Proceso de Reclamo	70		
B. Revisión Médica y Apelación Urgente	71		

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 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

El San Francisco Health Plan es un plan de atención gestionada. En la atención gestionada, 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 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 al **1(800) 288-5555** (gratuito), de lunes a viernes, de 8:30 a. m. a 5:30 p. m.

¿A quién debo llamar?

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

- para cambiar a su PCP
- para 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
- si no está satisfecho con su proveedor u otro servicio de atención médica
- si necesita ayuda para surtir sus recetas
- para hacer preguntas sobre la obtención de los servicios o los beneficios de salud
- para hablar sobre un problema o presentar una queja
- si necesita ayuda con temas como nutrición, crianza de los hijos, lactancia materna u otros
- para averiguar cómo llegar al consultorio de su PCP
- para hacer cualquier pregunta que usted pueda tener
- si tiene problemas con la facturación de servicios médicos con SFHP
- si desea verificar la elegibilidad con SFHP

Llame a la Línea de Asesoramiento de Enfermeras del San Francisco Health Plan al **1(877) 977-3397**:

- si no se puede comunicar con su PCP durante el día o fuera del horario regular
- 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 Deficiencia Auditiva

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 (local) o al 1(800) 288-5555 (gratuito), de lunes a viernes de 8:30 a. m. a 5:30 p. m.

Servicio al Cliente también utiliza un Dispositivo de telecomunicaciones para sordos (TDD) y Servicios de transmisión de mensajes de California 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 al 1(888) 883-7347 (gratuito).

Su Tarjeta de Identificación de Miembro

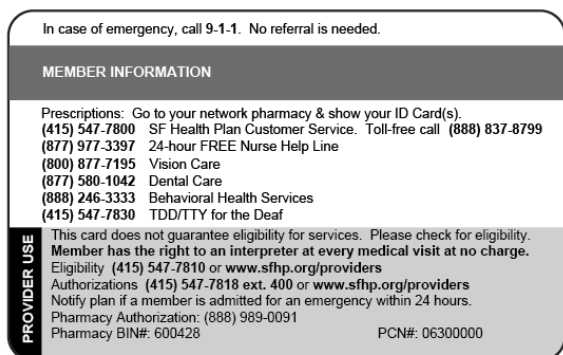
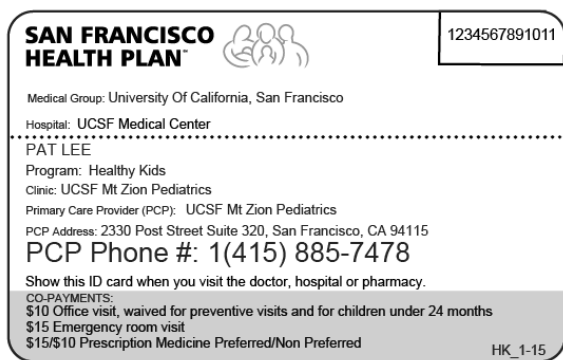
SFHP envía por correo una tarjeta de identificación de miembro a cada uno de los miembros del Programa Healthy Kids HMO. Revise la información de la tarjeta de identificación de miembro para asegurarse de que esté correcta. Llame a Servicio al Cliente al 1(415) 547-7800 (llamada local) o al 1(800) 288-5555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

- hay algún error en la información
- cambia de domicilio o cambia su información
- extravía o le roban su tarjeta

Lleve siempre la tarjeta de identificación de miembro de manera que la tenga a mano cuando 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
- el número de la Línea de Asesoramiento de Enfermeras de 24 horas de SFHP

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



Selección de 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 mantenerle 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.

El PCP también le enviará (referirá) a 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, 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 trabaja 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
- Ginecología/obstetricia (OB/GYN): atención médica para mujeres y embarazadas

¿Dónde trabajan los PCP?

Su PCP puede trabajar en:

- Clínica privada
- Centro de salud
- Clínicas de Hospital
- Centros de salud aprobados por el gobierno federal
- Instalaciones 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 elige a los especialistas del grupo médico del PCP y al hospital con el que trabajan. Su PCP le referirá a dichos especialistas para la mayoría de los servicios de 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 (local) o al 1(800) 288-5555.

A continuación encontrará algunos aspectos que debe tomar en cuenta cuando seleccione a su PCP:

- ¿El PCP se encuentra cerca de su casa, escuela o trabajo?
- ¿Es fácil llegar al PCP por MUNI, autobús, o BART?
- ¿El personal del consultorio habla su 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 (local) o al 1(800) 288-5555 y háganos saber qué PCP desea seleccionar. (Si tiene más de un hijo, puede elegir un PCP distinto para cada uno de ellos). Le enviaremos una tarjeta de identificación de miembro que incluye el nombre y el número de teléfono del PCP. SFHP desea que usted tenga el PCP adecuado para usted y su familia. Si usted no selecciona un PCP, SFHP elegirá uno por usted.

Cambio de su PCP

Si por cualquier motivo usted no está conforme con su PCP, llame a Servicio al Cliente al 1(415) 547-7800 (llamada local) o al 1(800) 288-5555 para solicitar un cambio. Es mejor llamar antes del día 22 del mes para que se le pueda enviar una nueva tarjeta de identificación de miembro antes del inicio del siguiente mes. La nueva tarjeta tendrá el nombre y el 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 al 1(800) 288-5555. Un representante le indicará a cuál PCP acudir.

Obtención de Atención Médica bajo su Nuevo Plan de Salud

Obtención de Atención Médica

Como miembro del San Francisco Health Plan, verá que recibir atención médica es fácil. Solo siga estos pasos:

1. Programe sus exámenes médicos regulares y atención de rutina. No espere hasta estar enfermo para ver a su PCP. Programe una cita para una evaluación de salud (chequeo) dentro de los 120 días (cuatro meses) después de su inscripción. En el caso de los niños menores de dos (2), años de edad, haga una cita con el PCP de su hijo en los siguientes 60 después de la inscripción en SFHP o tan pronto como sea posible. Su PCP le aconsejará sobre el mejor momento para las 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 están disponibles 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 al proporcionar el tratamiento o al referirlo a un especialista.

Atención Especializada

Su PCP coordinará la mayor parte de la atención especializada que pueda necesitar. Si necesita consultar a un especialista, su PCP le enviará (derivará) a un especialista después de hablar con usted. Si usted consulta a otro médico sin una

derivación médica de su PCP, SFHP podría no pagar esos servicios. Llame siempre primero a su PCP.

Segundas Opiniones

Si le gustaría hablar con otro médico sobre un problema de salud, debe pedirle a su PCP por una "segunda opinión" para que le haga una derivación médica con otro médico. SFHP pagará una opinión de otro médico, cuando su PCP le haga una derivación médica.

Servicios de Farmacia

Su PCP, o el especialista al cual se le refirió, le recetará medicamentos cuando usted los necesite. Para obtener los medicamentos, lleve la receta médica a una farmacia participante de las que aparecen en el Directorio de Proveedores de Healthy Kids HMO, en la sección de Farmacias y muestre su tarjeta de identificación de miembro al farmacéutico.

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 de SFHP en <http://www.sfhp.org> o puede consultar si un medicamento específico está incluido en el Formulario de Medicamentos al llamar a Servicio al Cliente al 1(415) 547-7800 (llamada local) o al 1(800) 288-5555.

NOTA: la presencia de un medicamento con receta médica 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 incluido en el formulario está disponible tanto en su forma genérica como de marca, entonces únicamente la forma genérica se aprueba para cobertura.

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

Si está tomando un medicamento que está descontinuado 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 mismo, 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 médico que receta, su asistente o el farmacéutico pueden llenar el formulario de autorización previa (PA) de SFHP.

Puede descargar un formulario PA del sitio web de SFHP en <http://www.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 Administrador de Beneficios de Farmacia, Recetas Médicas, al 1(888) 989-0091 para presentar una solicitud verbal.
3. Presentar una solicitud en línea mediante el Formulario de solicitud de autorización previa de farmacia, en línea, disponible en: <http://sfhp.org/providers/formulary>

El farmacéutico o el Director Médico de SFHP revisan las autorizaciones previas y deciden aprobar, denegar o modificar 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 y las solicitudes urgentes se revisan en un plazo de 24 horas. Las solicitudes que no se puedan leer o que no incluyan toda la información necesaria pueden demorar más. Si la autorización previa se aprueba, se enviará un mensaje por fax y SFHP cubrirá el reclamo. Si se recibe la autorización previa, se envía un mensaje por fax al proveedor solicitante y SFHP

cubrirá el reclamo Si la autorización previa se rechaza o se cambia, SFHP le enviará una carta al miembro y al proveedor solicitante. Esta carta incluye la razón de la decisión de SFHP.

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 70.

Atención Hospitalaria

Si está enfermo o herido, 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 emergencia 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 acude a la sala de emergencia del hospital para recibir atención cuando no se trate de una "verdadera" emergencia, la sala de emergencia puede enviarle con su PCP o a la clínica para recibir tratamiento. 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.

Línea de Asesoramiento de Enfermeras

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 la Línea de Asesoramiento de Enfermeras del San Francisco Health Plan al 1(877) 977-3397. Esta es atendida 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 o sala de emergencia si fuera necesario y más.

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 que por lo general pueden esperar de 24 a 48 horas para recibir tratamiento sin empeorar. 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.

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 emergencia más cercana
2. Muestre 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 Dental y de la Vista

Como miembro del Programa Healthy Kids HMO, usted 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 para localizar un proveedor para la vista, llame a VSP al 1(800) 877-7195.

Para obtener más información acerca del plan dental, llame al número gratuito de Delta Dental al 1(866) 212-2743 y mencione el número de grupo "SF60". O llame a SFHP al 1(415) 547-7800 (llamada local) o al 1(800) 288-5555. Nuestra línea TDD para personas con deficiencia auditiva o 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 12:01 a. m.

Servicios y Cargos del Plan de Salud

Prima Anual

Una prima es la cantidad de dinero que usted paga cada año por su seguro médico. Según sus ingresos y el tamaño de su familia, usted pagará entre \$48 y \$189 por año por cada miembro afiliado al programa. Llame al Programa Healthy Kids HMO al 1(800) 880-5305 para obtener información adicional.

Usted es responsable de pagar cada año su prima del Programa Healthy Kids HMO. Llame al Programa Healthy Kids HMO al 1(800) 880-5305 si tiene preguntas o problemas con los pagos de su prima anual.

Otros Cargos (copagos)

Además de su prima anual prepagada, algunos servicios requieren pequeños pagos (copagos) al momento de proporcionarse 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 indígenas 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. Usted 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 (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.

No hay deducibles en el programa y no hay beneficios financieros máximos vitalicios para ninguno de los beneficios médicos con cobertura. Si puede demostrar que pagó más de \$250 en copagos, entre el 1 de octubre y el 30 de septiembre, SFHP le reembolsará el monto que sobrepase los \$250.

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 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 efectos de cobertura como se establece en la página 15. SFHP cubrirá los servicios como médicamente necesarios o cuando el miembro considere razonablemente que existió una afección 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 este pagó los servicios. Los miembros pueden recibir asistencia para solicitar el reembolso, llamando al Servicio al Cliente de SFHP al 1(415) 547-7800 (local) o al 1(800) 288-5555.

Si usted recibe una factura por servicios proporcionados por su propio médico, que estaban autorizados o que son servicios con 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 sean 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 del San Francisco Health Plan, si no se obtuvo la autorización del San Francisco Health Plan antes de recibir dichos servicios
- los servicios especializados que recibe para los cuales no recibió una referencia médica ni autorización del 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 en este folleto de Evidencia de Cobertura, por ejemplo, servicios de emergencia, servicios de urgencia fuera del área de servicio del plan o servicios de especialidades aprobados por el Plan (consulte la página 26. Acerca del San Francisco Health Plan (SFHP))

- los servicios recibidos que exceden los límites descritos en este folleto de Evidencia de Cobertura, a menos que los servicios hayan sido autorizados por San Francisco Health Plan

El San Francisco Health Plan es responsable de pagar todos los servicios con cobertura, incluso 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 el 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.

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

Vínculos con otros Programas de Beneficios 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 Servicios para Niños de California (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 el 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 de un miembro sospecha o identifica una posible afección elegible para CCS, debe referir al miembro al programa CCS de su localidad. SFHP puede ayudar con esta referencia médica. SFHP también hará una referencia médica a CCS cuando un proveedor de atención primaria le haga una referencia médica a un especialista o cuando exista una admisión como paciente hospitalizado que aparentemente involucre la atención de una afección elegible para CCS. El programa CCS determinará si la afección del miembro es elegible para obtener 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 cumple los requisitos para CCS y CCS cubre la afección que califica, 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 especializados del CCS están altamente capacitados para tratar las afecciones elegibles para CCS. Los servicios de CCS se deben recibir de proveedores seleccionados de CCS y el pago por servicios elegibles de CCS obtenidos de proveedores no seleccionados por CCS será responsabilidad del tutor legal del miembro.

SFHP seguirá proporcionando atención primaria y servicios preventivos que no estén relacionados con la afección elegible de CCS, como se describe en este folleto. SFHP también trabajará con el programa CCS, los proveedores de CCS y proveedores de SFHP de su localidad para coordinar los servicios y

la atención que proporcionan tanto el programa CCS como 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 le solicitará al tutor legal del miembro que llene una breve solicitud para verificar el estado residencial y asegurar la coordinación de atención del miembro después de haber realizado la referencia médica.

Si usted ya obtiene servicios de CCS, asegúrese que el PCP esté enterado de esto. Puede obtener información adicional sobre el Programa CCS si llama al Servicio al Cliente de SFHP al 1(415) 547-7800 (llamada local) o 1(800) 288-5555. Puede llamar al programa CCS local del Condado al 1(415) 575-5700 si tiene alguna duda 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 del Programa Healthy Kids HMO son proporcionados por Community Behavioral Health Services (Servicios Comunitarios de Salud Conductual de San Francisco). Para una descripción completa de los beneficios de salud mental disponibles, consulte la sección de Atención de salud mental en esta Evidencia de la 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 al 1(800) 288-5555 o puede llamar a Community Behavioral Health Services (Servicios Comunitarios de Salud Conductual de San Francisco) al 1(888) 246-3333.

Problemas, Quejas y Reclamos

Cambio de Proveedor de Atención Primaria y de Grupo Médico

Si usted 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 o Reclamos

Su queja o reclamo serán revisados de acuerdo al Proceso de Reclamos de SFHP. Presentar una queja o reclamo es un derecho del miembro. SFHP no discriminará en su contra. 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, www.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 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 reclamos de SFHP si tiene un reclamo urgente. Puede dirigirse directamente al Departamento de Atención Médica Administrada (“DMHC”). Consulte la página 70 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.

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.

NOTA: los miembros en la Categoría de Ingreso A (consulte el cuadro de las Categorías de ingreso A, B y C del Programa Healthy Kids HMO en la página 31) no deben pagar más de \$5 de copago por los servicios con cobertura que aplican, según se describe en esta sección de Descripción de Beneficios de la EOC/DF.

Beneficios*	Servicios con Cobertura	El miembro paga (copago) Categoría de Ingreso A	El miembro paga (copago) Categorías de Ingresos B y C
Afiliados nativos de Alaska/indígenas americanos		\$0	\$0
Deducible	No se cobrarán deducibles por los beneficios que tienen cobertura.	\$0	\$0
Copago máximo anual		\$250	\$250
Máximo vitalicio	En este plan no aplican los límites máximos vitalicios de los beneficios.	\$0	\$0
Servicios de hospitalización Paciente hospitalizado	Cargos por servicios médicamente necesarios de centros de salud, hospedaje y alimentación, atención general de enfermería, servicios auxiliares, que incluyen sala de operaciones, unidad de cuidados intensivos, medicamentos con receta médica, laboratorio y radiología durante la permanencia de un paciente en el hospital.	Sin copago	Sin copago
Servicios de hospitalización	Cargos por servicios médicamente necesarios en centros de salud, atención general de enfermería, servicios auxiliares, que incluyen sala de operaciones,	Sin copago excepto \$5 por visita de terapia física, ocupacional y del habla realizada a pacientes ambulatorios.	Sin copago excepto \$10 por visita de terapia física, ocupacional y del habla realizada a pacientes ambulatorios.

Beneficios*	Servicios con Cobertura	El miembro paga (copago) Categoría de Ingreso A	El miembro paga (copago) Categorías de Ingresos B y C
Paciente hospitalizado	medicamentos con receta médica, laboratorio, quimioterapia y radiología	\$5 por visita para recibir servicios de atención médica de emergencia (el pago se exonera si el miembro es hospitalizado)	\$15 por visita para recibir servicios de atención médica de emergencia (el pago se exonera si el miembro es hospitalizado)
Servicios Profesionales	Visitas al médico, servicios médicos y quirúrgicos para pacientes hospitalizados y ambulatorios	\$5 por visita al consultorio o a domicilio. Sin copago por servicios profesionales hospitalarios para pacientes hospitalizados. Sin copago para cirugía, anestesia o tratamientos con radiación, quimioterapia o diálisis. Sin copago para los miembros de 24 meses de edad y menores. Sin copago para exámenes de la vista o de audición o por audífonos.	\$10 por visita en el consultorio o a domicilio. Sin copago por servicios profesionales hospitalarios para pacientes hospitalizados. Sin copago para cirugía, anestesia o tratamientos con radiación, quimioterapia o diálisis. Sin copago para los miembros de 24 meses de edad y menores. Sin copago para exámenes de la vista o de audición o por audífonos.
Servicios para pacientes ambulatorios	En el consultorio del médico, centro quirúrgico u otro centro designado	\$5	\$10
Servicios de atención médica preventiva	Exámenes periódicos de salud, cuidado de bebé sano, pruebas rutinarias de diagnóstico y servicios de laboratorio, inmunizaciones y servicios de detección de enfermedades asintomáticas.	Sin copago	Sin copago
Servicios de diagnóstico, rayos X y laboratorio**	Servicios de laboratorio y servicios radiológicos de diagnóstico y terapéuticos necesarios para evaluar, diagnosticar y tratar a los miembros de modo adecuado.	Sin copago	Sin copago

Beneficios*	Servicios con Cobertura	El miembro paga (copago) Categoría de Ingreso A	El miembro paga (copago) Categorías de Ingresos B y C
Atención de la diabetes**	Equipo y materiales para el manejo y tratamiento de la 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.	\$5 de copago por visita al consultorio. Copago por recetas médicas según se describe en la sección "Programa de medicamentos recetados"	\$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 de copago, exonerado si el miembro es hospitalizado	\$15 de copago, exonerado si el miembro es hospitalizado
Servicios de ambulancia	Transporte en ambulancia cuando sea médicamente necesario	Sin copago	Sin copago
Cobertura para medicamentos recetados **	Medicamentos recetados por un profesional autorizado	\$5 por receta médica por un suministro hasta para 30 días de medicamentos de marca. \$5 por receta médica por un suministro hasta para 90 días de medicamentos genéricos. Sin copago por medicamentos recetados proporcionados durante una hospitalización. Sin copago por los medicamentos administrados en el consultorio médico o en un centro para pacientes ambulatorios. Sin copago por los medicamentos y dispositivos	\$10 de copago por receta médica por un suministro hasta para 90 días de medicamentos genéricos. \$15 de copago por receta médica por un suministro hasta para 30 días de medicamentos de marca a menos que no haya un genérico equivalente o si el uso de un medicamento de marca es médicamente necesario. Sin copago por medicamentos recetados proporcionados durante una hospitalización. Sin copago por los medicamentos administrados en el

Beneficios*	Servicios con Cobertura	El miembro paga (copago) Categoría de Ingreso A	El miembro paga (copago) Categorías de Ingresos B y C
		anticonceptivos aprobados por la FDA.	consultorio médico o en un centro para pacientes ambulatorios. Sin copago por los medicamentos y dispositivos anticonceptivos aprobados por la FDA.
Anticonceptivos	Medicamentos y dispositivos implantados aprobados por la FDA.	Sin copago	Sin copago
Equipo médico duradero**	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	Sin copago
Equipo ortopédico y prótesis**	Dispositivos originales y de reemplazo según las indicaciones de un especialista autorizado.	Sin copago	Sin copago
Atención de maternidad	Servicios profesionales y hospitalarios relacionados con la atención de maternidad.	Sin copago	Sin copago
Servicios de planificación familiar	Servicios de planificación familiar voluntaria.	Sin copago	Sin copago
Servicios de atención de salud mental para pacientes hospitalizados:	Atención de salud mental en un hospital participante cuando lo ordena y realiza un profesional de salud mental participante para el tratamiento de una afección de salud mental.		
Atención de salud mental	Diagnóstico y tratamiento de una afección de salud mental. 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	Sin copago

Beneficios*	Servicios con Cobertura	El miembro paga (copago) Categoría de Ingreso A	El miembro paga (copago) Categorías de Ingresos B y C
Servicios por trastornos emocionales graves (SED)	Servicios de atención de salud mental para pacientes hospitalizados por el tratamiento de un miembro a quien el Condado determine que tiene una afección de 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 tenga una afección de SED. El miembro permanecerá inscrito en el Programa Healthy Kids HMO y continuará recibiendo del Plan atención primaria, atención especializada y todos los demás servicios para afecciones médicas no relacionadas con la afección de SED.	Sin copago	Sin copago
Servicios de atención de salud mental para pacientes ambulatorios	Atención de salud mental cuando sea ordenada y realizada por un profesional de salud mental participante.		
Servicios básicos de atención de salud mental	Incluyen, entre otros, el tratamiento de menores que hayan experimentado disfunción familiar o trauma, incluidos abandono o	\$5 por visita	\$10 por visita

Beneficios*	Servicios con Cobertura	El miembro paga (copago) Categoría de Ingreso A	El miembro paga (copago) Categorías de Ingresos B y C
	abuso infantil, violencia doméstica, abuso de sustancias en la familia, divorcio y duelo. Los familiares pueden participar en el tratamiento cuando sea médicamente necesario para la salud y recuperación del niño. Incluye, pero no se limita a los servicios de atención de salud mental de pacientes ambulatorios para el tratamiento de enfermedades mentales graves (SMI).		
Trastorno emocional grave (SED)	Servicios de consulta 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. 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. 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 el Plan continuará proporcionando atención primaria,	Sin copago	Sin copago

Beneficios*	Servicios con Cobertura	El miembro paga (copago) Categoría de Ingreso A	El miembro paga (copago) Categorías de Ingresos B y C
	atención especializada y todos los otros servicios para afecciones médicas no relacionadas con la afección de SED.		
Servicios por dependencia de sustancias químicas			
Tratamiento para pacientes hospitalizados por abuso de alcohol/drogas	Hospitalización para eliminar las sustancias tóxicas del organismo	Sin copago	Sin copago
Tratamiento para pacientes ambulatorios por abuso de alcohol/drogas	Intervención en crisis y tratamiento de abuso de alcohol o drogas según sea médicamente necesario.	\$5 por visita	\$10 por visita
Servicios de salud en el hogar	Servicios proporcionados en el hogar por personal de atención médica.	Sin copago excepto \$5 por visita por terapia física, ocupacional y del habla	Sin copago excepto \$10 por visita por terapia física, ocupacional y del habla
Atención de enfermeras calificadas	Servicios proporcionados por un centro de enfermeras calificadas autorizado. El beneficio se limita a un máximo de 100 días por año de beneficios.	Sin copago	Sin copago
Terapia física, ocupacional y del habla**	La terapia se puede proporcionar en un consultorio médico o en otro centro adecuado para la atención de pacientes ambulatorios.	\$5 por visita cuando se realiza en un centro de atención para pacientes ambulatorios. Sin copago por terapia para pacientes hospitalizados.	\$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	Sin copago

Beneficios*	Servicios con Cobertura	El miembro paga (copago) Categoría de Ingreso A	El miembro paga (copago) Categorías de Ingresos B y C
Educación de 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	Sin copago
Servicios de diagnóstico de rayos X y laboratorio	Servicios radiológicos terapéuticos, electrocardiograma, electroencefalograma, mamografía, otras pruebas diagnósticas de laboratorio y radiología, y pruebas de laboratorio.	Sin copago	Sin copago
Hospicio	Atención especializada médicamente necesaria; asesoría, medicamentos y suministros; atención hospitalaria a corto plazo para el manejo de sistema y control del dolor; servicios por duelo, terapias física, del habla y ocupacionales; servicios sociales médicos temporales de atención a pacientes hospitalizados y amas de casa.	Sin copago	Sin copago
Trasplantes de órganos	Trasplante de médula ósea y de órganos médicamente necesarios; gastos hospitalarios y médicos de un donante o posible donante; gastos por pruebas y cargos asociados con la obtención del órgano del donante.	Sin copago	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	Sin copago	Sin copago

Beneficios*	Servicios con Cobertura	El miembro paga (copago) Categoría de Ingreso A	El miembro paga (copago) Categorías de Ingresos B y C
	apariciencia normal.		
Fenilcetonuria (PKU) **	Pruebas y tratamiento de PKU	Sin copago	Sin copago
Ensayos clínicos de 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	\$5 de copago por visita al consultorio. Copago por recetas médicas según se describe en la sección "Programa de medicamentos recetados".	\$10 de copago por visita al consultorio. Copago por recetas médicas según se describe en la sección "Programa de medicamentos recetados".
Programa de Servicios para Niños de California (CCS)	CCS es un programa médico de 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 proporcionados a través del programa CCS. Si se determina que la afección del miembro es elegible para obtener servicios del CCS, el miembro permanece inscrito en el Programa de Healthy Kids HMO y continúa recibiendo atención médica de los proveedores del plan para servicios no relacionados con la afección elegible para CCS. 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.	Sin copago	Sin copago
Biorretroalimentación	Hasta 8 visitas por año de beneficios con referencia.	\$5 por visita	\$10 por visita
Servicios de aparatos	Evaluaciones audiológicas, audífonos, materiales, visitas para	Sin copago	

Beneficios*	Servicios con Cobertura	El miembro paga (copago) Categoría de Ingreso A	El miembro paga (copago) Categorías de Ingresos B y C
de corrección auditiva	acondicionamiento, orientación, ajustes, reparaciones.		
Exámenes de la vista/materiales	Exámenes de la vista, monturas y lentes, atención complementaria para beneficios por visión reducida.	\$5 por visita Asignación para montura de hasta \$100	\$5 por visita Asignación para montura de hasta \$100
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.	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	Sin copago
Atención dental			
Cirugía oral	Impactación de hueso, por diente. Recuperación de raíz, por diente.	\$5	\$10
Endodoncia	Apicectomía realizada junto con tratamiento de canales. Repetición del tratamiento previo de canales.	\$5 por canal	\$10 por canal
Periodoncia	Cirugía ósea o mucogingival	\$5 por cuadrante	\$10 por cuadrante

Beneficios*	Servicios con Cobertura	El miembro paga (copago) Categoría de Ingreso A	El miembro paga (copago) Categorías de Ingresos B y C
Coronas y puentes	Corona de porcelana, corona de porcelana fundida en metal, corona completa de metal y restauraciones con oro o coronas de $\frac{3}{4}$ Puentes	\$5 por corona u otros puentes	\$10 por corona u otros puentes
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 removible Reparación de base en el laboratorio Duplicación de dentaduras postizas	\$5 cada una	\$10 cada una

*Solo existen beneficios para los servicios que sean médicamente necesarios

**El programa de Servicios para Niños de California (CCS) puede cubrir y pagar estos servicios si el miembro es elegible para los servicios del CCS.

Evidencia de Cobertura, Formulario de Autorización de Divulgación y Acuerdo del Plan Combinados

Evidencia de Cobertura y Formulario de Autorización de Divulgación

La Evidencia de Cobertura (EOC) y el Formulario de Autorización 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. Lea completa y cuidadosamente la Evidencia de Cobertura y el Resumen de Beneficios adjuntos. Las personas con necesidades especiales de atención médica deben proporcionar especial atención a las secciones que aplican para ellos.

Llame a Servicio al Cliente al 1(415) 547-7800 (llamada local) o al 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)

El 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. A su vez, SFHP contrata a 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 vacunaciones 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.

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, se garantizará a los miembros un 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

Después de determinar la disponibilidad de fondos para cubrir al miembro potencial, la persona debe cumplir con lo siguiente:

Elegibilidad para Healthy Kids HMO, ser menor de 19 años de edad:	• No elegible para 1) Medi-Cal sin costo o alcance completo; 2) Medicare; 3) embarazo sin costo relacionado con Medi-Cal (como nuevo solicitante); o 4) el Programa Healthy Families al momento de la solicitud. • Residente del Condado de San Francisco. • En una familia con un ingreso familiar anual o mensual del 322% del nivel federal de pobreza o menor. • El niño(a) no tiene cobertura de un seguro médico patrocinado por el empleador o cualquier otro plan de seguro médico de patrocinio público y que no ha tenido cobertura durante los últimos 90 días. Las mujeres embarazadas que son menores de edad y que son miembros, pueden ser elegibles para recibir servicios relacionados con el embarazo en el Programa Healthy Kids HMO. Si la mujer embarazada menor de edad es miembro del Programa Healthy Kids HMO, el bebé tendrá automáticamente cobertura durante los primeros 30 días de vida. Después del período inicial de treinta (30) días, el bebé será elegible para afiliación como miembro, si cumple con todos los criterios de elegibilidad. Si usted es miembro del Programa Healthy Kids HMO y tiene un bebé, comuníquese con Servicio al Cliente al 1(800) 288-5555 para informarse acerca de las opciones de cobertura, que incluyen el Programa Healthy Kids HMO, que podrían estar disponibles para su bebé.
--	---

C. Proceso de Solicitud

Para solicitar la afiliación al Programa Healthy Kids HMO, el solicitante debe presentar al Plan toda la información, documentación y declaraciones necesarias para determinar su elegibilidad. Dicha información, documentación y las declaraciones deben incluir el nombre y la dirección del solicitante; el nombre y la dirección de cada una de las personas para quienes se solicita la afiliación, declaración del ingreso familiar del miembro, y una declaración que indique qué persona(s) está(n) actualmente inscritas en un plan de seguro médico patrocinado por el empleador.

La solicitud debe acompañarse de un cheque personal, un cheque de caja o un giro bancario por la contribución familiar de un año requerida para el Programa Healthy Kids HMO.

D. Fecha de Inicio de la Cobertura de los Miembros

La cobertura de los miembros iniciará no antes del primer día del siguiente mes en que se determinó la elegibilidad para el Programa Healthy Kids HMO

E. Revisión Anual de la Elegibilidad de los Miembros

La continuidad de la elegibilidad de cada miembro depende de la disponibilidad de fondos públicos de CCSF para el pago del programa. Durante o antes de cada fecha de aniversario del miembro, si SFHP determina que dicho financiamiento no está disponible para pagar las primas del miembro, se cancelará la afiliación del miembro, como se describe a continuación.

Excepto cuando un solicitante actúa en nombre del miembro, cada uno con una fecha de aniversario única, cada miembro se evaluará nuevamente cada año antes de su fecha de aniversario en el programa para determinar la continuación de la elegibilidad en el programa. Los solicitantes deberán ser notificados acerca del proceso anual de revisión de elegibilidad con al menos 60 días antes de la fecha de aniversario.

Si los miembros, para quienes un solicitante ha hecho la solicitud, tienen diferentes fechas de aniversario, la revisión anual de elegibilidad se basará en las fechas de aniversario del último miembro afiliado.

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 primeros 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 usted considera que el Programa Healthy Kids HMO cometió un error al decidir si su hijo(a) es elegible, puede presentar una apelación al San Francisco Health Plan llamando localmente a Servicios al Cliente al 1(415) 547-7805 o al número gratuito 1(800) 288-5555.

Responsabilidades Financieras del Miembro

Prima Anual

SFHP establece la prima anual. Las responsabilidades de la prima anual y el copago las establece el Plan para el Programa Healthy Kids HMO. Según sus ingresos y el tamaño de su familia, usted pagará entre \$48 y \$189 al año, por miembro, por cada persona inscrita en el Plan. Después de su afiliación en el Programa Healthy Kids HMO, recibirá por correo el paquete de Renovación Anual de Afiliación. Su pago anual se pagará al Plan de Salud en su fecha de aniversario. 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 prepagado de los Estados Unidos a la dirección actual del solicitante, que aparece en los archivos del 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 Ari

Reembolso de Reclamos por Servicios de Emergencia

Si se recibieron servicios médicos o de salud mental de emergencia y el miembro realizó gastos por dichos servicios, el miembro debe presentar un reclamo completo con el registro del servicio para el pago al grupo médico identificado en la tarjeta de ID del miembro dentro de un plazo de 90 días después de la fecha en que se recibieron los servicios para los cuales se solicita el pago. Si el reclamo no se presenta dentro de este período, SFHP no pagará esos servicios, a menos que el reclamo se haya presentado tan pronto como sea razonablemente posible, según lo determine el grupo médico o SFHP. Si los servicios no se autorizaron previamente, SFHP revisará el reclamo retrospectivamente para efectos de cobertura. SFHP cubrirá los servicios de emergencia como médicamente necesarios, o cuando el miembro considere razonablemente que existía una afección de emergencia, incluso si después se determina que dicha 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 este pagó 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 esta EOC y otros materiales, llame a Servicio al Cliente al

1(415) 547-7800 (llamada local) o al 1(800) 288-5555.

Ayuda en Otros Idiomas y para Personas con Deficiencia Auditiva

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 le puede ayudar a 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 Healthy Kids HMO de SFHP, 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, incluida una explicación clara de cómo obtenerlos.
- Seleccionar un PCP del Directorio de Proveedores del Programa Healthy Kids HMO de SFHP que proporcione o coordine toda la atención que necesito.
- Recibir atención médica buena y adecuada, incluidos 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 rehusarme 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, incluida 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 de SFHP inmediatamente después de afiliarme, a fin de entender cómo utilizar mis beneficios de 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.
- 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 atención médica inmediata y que tiene una duración limitada.

Afección Crónica Grave es una afección médica debido 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; o
2. requiere un tratamiento continuo para mantener la remisión o evitar el deterioro.

Afección Médica de Emergencia es una afección médica que se manifiesta a través de síntomas agudos de suficiente gravedad (incluido el dolor agudo o una molestia psiquiátrica) tal que podría esperarse que la ausencia de atención médica inmediata pueda resultar en:

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

Afección médica de emergencia psiquiátrica 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.

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

Área de Servicio es el área geográfica que atiende SFHP, que es la Ciudad y el Condado de San Francisco.

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.

Atención Asistencial o de mantenimiento es la atención proporcionada principalmente para brindar alojamiento y alimentación o para cumplir con 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 de Urgencia se refiere a los servicios con cobertura proporcionados para el tratamiento inmediato de una afección aguda imprevista que requiere atención médica inmediata pero que no requiere servicios de atención de emergencia.

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

Autodonación de sangre es el acto de donar la sangre del miembro para que se almacene y utilice en el futuro para una cirugía planificada en la que se pudiera necesitar una transfusión de sangre.

Autorización (Autorizado) es el requisito en que el PCP del miembro o grupo médico y en algunos casos el Plan de Salud, aprueban ciertos servicios antes de que dichos servicios se proporcionen.

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

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.

Categoría de Ingreso A, B, o C

La cantidad que usted paga por la prima mensual y el copago es determinada por su categoría de ingreso. Las categorías de ingresos son determinadas con base en los Lineamientos de Ingresos Federales de Pobreza actuales de la siguiente manera:

- Categoría de ingreso A = 100% a 150% del Lineamiento de ingreso federal de pobreza
- Categoría de ingreso B = 151% a 200% del Lineamiento de ingreso federal de pobreza
- Categoría de ingreso C = 201% a 300% del Lineamiento de ingreso federal de pobreza

Centro de Enfermeras Calificadas es un centro autorizado por el Departamento de Salud 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.

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

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

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.

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.

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

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 estén:

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

De Naturaleza Experimental o de Investigación 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 proporcionados, 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.

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

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.

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.

El Lineamiento de Ingreso Federal de Pobreza es establecido cada año por el Departamento de Salud y Servicios Humanos

de EE.UU. (HSS). Los lineamientos se usan para determinar la elegibilidad para determinados programas como Healthy Kids HMO, Healthy Families o Medi-Cal. Los lineamientos de pobreza también se conocen como “nivel federal de pobreza” (FPL).

El Plan es el San Francisco Health Plan.

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

- esquizofrenia
- trastorno esquizoafectivo
- trastorno bipolar (enfermedad maniaco depresiva)
- trastornos depresivos mayores
- trastorno de pánico
- trastorno obsesivo compulsivo
- trastorno profundo del desarrollo o autismo
- anorexia nerviosa
- bulimia nerviosa
- trastorno emocional grave (SED)

Enfermedad Seriamente Debilitante significa enfermedades o afecciones que ocasionan una morbilidad grave irreversible.

Equipo Médico Duradero (DME) es equipo médico apropiado para uso en casa que: 1) está diseñado para su uso repetido; 2) generalmente no es útil a una persona que no tenga enfermedad o lesión; y 3) sirve, principalmente, para fines médicos. 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.

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

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.

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.

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

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

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

Impedimento Físico es un impedimento físico o mental que resulta en anormalidades anatómicas, fisiológicas o psicológicas que son demostrables por medio de técnicas de diagnóstico clínicas o de laboratorio médicamente aceptables y que se espera que dure un período continuo de tiempo, no menor de 12 meses.

Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud (HIPAA) es una ley que protege sus derechos a adquirir un seguro médico y a que sus expedientes médicos sean confidenciales.

Medicamento Necesario son todos los servicios médicos calificados que se han establecido como seguros y efectivos, se proporcionan de acuerdo a los estándares generalmente aceptados y profesionalmente

reconocidos para tratar una enfermedad o lesión, y que, como SFHP determina, son necesarios para mejorar o mantener el funcionamiento corporal; consistente con los síntomas o diagnósticos; no brindados principalmente para la conveniencia del paciente, el médico que atiende u otro proveedor; y los cuales se proporcionan en el nivel más apropiado que se puede proveer de manera segura y efectiva para el paciente.

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

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.

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.

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

Plan de Salud significa San Francisco Health Plan.

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

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.

Profesional Médico debidamente Calificado es un 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.

Profesional Médico se refiere a la persona titular de una licencia o certificado, apropiado 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.

Prótesis (Protésico) es una pieza, aparato o dispositivo artificial utilizado para reemplazar una parte del cuerpo.

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.

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

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 de SFHP.

Proveedor Participante es un médico, profesional médico, proveedor médico institucional u otro proveedor de servicios o materiales de atención médica que tiene un contrato válido y firmado vigente, directa o indirectamente con SFHP para proporcionar servicios con cobertura a los miembros.

Que pone en Peligro la Vida significa una o ambas de las siguientes: (a) enfermedades o afecciones con las que la probabilidad de fallecimiento es alta a menos que se interrumpa el curso de la enfermedad o afección; (b) enfermedades o afecciones con resultados potencialmente fatales, donde el objetivo final de la intervención clínica es la supervivencia.

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.

Referencias Médicas son derivaciones 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 en curso o que pone en peligro la vida, una afección degenerativa o discapacitante.

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.

Revisión Médica Independiente (IMR) es 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).

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.

Servicio de Atención Médica o 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 del 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.

Servicios con Cobertura (Beneficios):
Consulte beneficios.

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 cualquier otra afección.

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.

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 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 para trastornos alimenticios 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 médicamente necesarios.

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

Servicios para Niños en California (CCS) es un programa estatal y del Condado de seguros y administración de casos para niños con ciertas afecciones médicas discapacitantes.

SFHP significa San Francisco Health Plan.

Solicitante es cualquier persona mayor de 18 años de edad que sea padre natural o adoptivo; tutor legal; o un familiar encargado del cuidado, padre con tutela temporal, padrastro o madrastra con quien el niño vive, que solicite cobertura en el Programa Healthy Kids HMO en nombre de un niño. Solicitante también es una persona de 18 años que solicita en nombre propio la cobertura del Programa Healthy Kids HMO.

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.

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.

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.

Terminalmente Enfermo significa una afección incurable o irreversible que tiene una alta probabilidad de causar la muerte en el próximo año o menos.

Trastorno Emocional Grave (SED) se refiere a una condición diagnosticada en un menor que no sea un "trastorno causado por el abuso de sustancias" o "trastorno del desarrollo". Un menor con SED también se comporta en una 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.

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.

Elección de Médicos e Instalaciones

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.

Elección del 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 proporcionar 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 (incluidos 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 8:30 a. m. a 5:30 p. m. Recuerde, para todas sus necesidades de atención médica (que no sean servicios de emergencia), incluidos 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

Usted puede cambiar de PCP o grupo médico al llamar a Servicio al Cliente al 1(415) 547-7800 (llamada local) o al 1(800) 288-5555. El cambio inicia el primer día del siguiente mes si la solicitud se recibe antes del día 22 del mes anterior, después del aviso de aprobación por parte de SFHP. Si recibimos su solicitud después del día 22 del mes en curso, no podremos realizar el cambio sino hasta el siguiente mes.

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 SFHP, 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 deben 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 le 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, 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 (ver definición de Servicios de Emergencia en la página 30), 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 derivaciones 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 emergencia, una segunda opinión se autorizará en cuanto sea posible, de forma consistente con la buena práctica profesional y cuando sea posible, en menos de 72 horas.

Referencias Médicas a 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, incluidos 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 Gineco-obstetras

Una mujer miembro tiene derecho a obtener servicios con cobertura de gineco-obstetricia directamente de un especialista que sea un gineco-obstetra (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 del 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 o SFHP de la misma manera que los demás servicios con cobertura.

Atención Médica de Emergencia

Una afección médica de emergencia se refiere a la afección médica o afección médica psiquiátrica que se manifiesta mediante síntomas agudos de gravedad suficiente, incluidos dolor fuerte o trastorno psiquiátrico tal que sin atención médica inmediata podría esperarse razonablemente uno de los siguientes resultados: poner la salud del miembro en riesgo grave, o en el caso de una mujer embarazada, la salud de su hijo nonato; impedimento grave de las funciones corporales; disfunción grave 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:

- que no se cuente con el tiempo adecuado para trasladarla de manera segura a otro hospital antes del parto; o
- que una transferencia represente una amenaza a la salud y seguridad de la 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 emergencia más cercana para solicitar ayuda. Muestre su tarjeta 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, debe notificarse al médico tan pronto como sea posible. SFHP cubrirá los servicios proporcionados 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 Fines 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 en el plazo 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.

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 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 afección se haya estabilizado se llaman “servicios de post-estabilización”.

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 el 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 el 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, 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 post-estabilización que se le proporcionen en el hospital no contratado, después de que su afección de emergencia se haya estabilizado.

Además, es posible que usted tenga que pagar 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 LOS SERVICIOS POST-ESTABILIZACIÓN 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 de 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 Sección 8, Autorización de Servicios. Los copagos por estos servicios también se mencionan en la sección Resumen de Beneficios.

Nota: Los servicios tienen cobertura como beneficios únicamente si son médicamente necesarios, se proporcionan a un miembro de

SFHP y los proporciona ya sea el PCP del miembro o con autorización según se requiere en este folleto. Recuerde, con excepción de los servicios de emergencia (consulte la definición en la página 35), 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 Beneficios y Coordinación de Servicios

1. Servicios para Niños de California (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 Servicios para Niños de California (CCS).

El CCS es un programa médico de California que trata a niños con ciertas condiciones de discapacidad física 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. Se considera que todos los niños afiliados al Programa Healthy Kids HMO cumplen con los requisitos financieros de elegibilidad del programa de CCS. La oficina CCS del Condado coordina los servicios proporcionados a través del programa CCS.

Si un proveedor de atención primaria de un miembro sospecha o identifica una posible afección elegible para CCS, debe referir al miembro al programa CCS de su localidad. SFHP puede ayudar con esta referencia médica. SFHP también hará una referencia médica a CCS cuando un proveedor de atención primaria le haga una referencia médica al miembro a un especialista o cuando exista una admisión como paciente hospitalizado que aparentemente involucre la atención de una afección elegible para CCS. El programa CCS determinará si la afección del miembro es elegible para obtener 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 especializados del CCS están altamente capacitados para tratar las afecciones elegibles para CCS. Los servicios de CCS se deben recibir de proveedores seleccionados; el pago por servicios elegibles de CCS obtenidos de proveedores no seleccionados por CCS será responsabilidad del tutor legal del miembro.

SFHP continuará proporcionando atención primaria, servicios de prevención y cualquier otro servicio que no esté relacionado con la afección aceptada por el CCS según se describe en este folleto. SFHP también trabajará con el programa CCS y con los proveedores para coordinar la atención que proporciona tanto el programa CCS como 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 le solicitará al tutor legal del miembro que llene una breve solicitud para verificar el estado residencial y asegurar la coordinación de 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 al programa local CCS del Condado al 1(415) 575-5700.

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

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

- Serios problemas 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 sustanciales en por lo menos dos de las siguientes áreas: cuidado personal, rendimiento escolar, relaciones familiares o la capacidad de funcionar en la comunidad y que ocurra cualquiera de lo siguiente:
 - 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 seis meses o es posible que

continúe durante más de un año si no recibe tratamiento.

- Muestra señales de comportamiento sicótico, 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 proporcionar la atención para dicha afección. 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 del 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 afiliado al Programa Healthy Kids HMO y continuará recibiendo de SFHP la atención primaria, la atención especializada y todos los demás servicios con cobertura para afecciones médicas no relacionadas con la afección de SED.

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

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 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 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. Centro Regional Golden Gate (Golden Gate Regional Center, GGRC)

El Centro Regional Golden Gate se creó para satisfacer las necesidades de las personas con discapacidades del desarrollo. Las afecciones discapacitantes incluyen: retraso mental, epilepsia, trastorno del desarrollo generalizado (PDD), autismo, parálisis cerebral, síndrome de Down y retraso en el habla y el lenguaje. El GGRC ayuda a sus clientes y a sus familias a encontrar vivienda, escuelas, programas diurnos 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 familiar mayor de dos (2) años de edad, con una discapacidad diagnosticada antes de la edad de dieciocho (18) años, que tiene la posibilidad de continuar indefinidamente, llame a GGRC al 1(415) 546-9222. Los miembros deben consultar a su PCP si consideran que pueden tener una afección discapacitante.

4. Intervención temprana (Early Start)

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

- muestren un retraso en el desarrollo en alguna de las siguientes áreas: cognitivo, físico, comunicación, social o emocional, adaptiva o de cuidado personal;

- 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. Mujeres, bebés y niños (Woman, Infants and Children, WIC)

Mujeres, bebés y niños (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. Solicite a su PCP que le ayude a solicitar su afiliación o llame al 1(415) 575-5788 o al 1(888) WIC-WORKS o al 1(888) 942-9675 para programar una cita.

6. Esquema de Beneficios

Los siguientes beneficios tienen la cobertura de SFHP bajo el Programa Healthy Kids HMO, cuando sean médicamente necesarios y están sujetos a la referencia médica del PCP 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 Médicos 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 ayudarlo 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 del Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de los Estados Unidos;
- inmunizaciones que cuenten con una recomendación del Comité de Asesoría en Prácticas de Inmunizaciones de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades en relación con la persona involucrada; y en lo que concierne a bebés, niños, y adolescentes, atención preventiva informada con la evidencia y pruebas de detección proporcionadas en los lineamientos integrales apoyados por la Administración de Servicios y Recursos de la 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 del Grupo de Trabajo 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 (VIH);

- 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 ginecólogo/obstetra (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.
- Puede obtenerse de SFHP por medio del Vision Service Plan una refracción ocular al año (para proporcionar una prescripción por escrito para anteojos); 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 dos años de edad) y recomendaciones sobre cómo aprovechar al máximo su cobertura de salud.

Limitaciones

La frecuencia de los exámenes médicos periódicos no aumentará por razones que no estén relacionadas con las necesidades médicas del miembro, incluyendo el deseo que el miembro pueda tener para realizarse exámenes físicos adicionales, o informes o servicios relacionados con el fin de obtener o mantener el empleo, licencias, seguros, o autorización para deportes en la escuela.

C. Servicios Profesionales

Servicios profesionales médicamente necesarios y consultas con un médico u otro profesional médico. Cirugía, cirugía y anestesia de asistencia (para paciente hospitalizado o ambulatorio); hospitalización de paciente hospitalizado y visitas en el centro por enfermeras calificadas; consultas profesionales, que incluyen visitas para pruebas y tratamiento de alergias, terapia de radiación, quimioterapia y tratamiento de diálisis; y visitas al hogar cuando sean médicamente necesarias.

Además, los servicios profesionales incluyen:

- Exámenes auditivos y de la vista, incluidas 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 Recommended Childhood Immunization Schedule/United States (Programa Recomendado de Vacunación Infantil/Estados Unidos), adoptado por el Advisory Committee on Immunization Practices (Comité Asesor sobre Prácticas de Vacunación) (ACIP).
- Detección de los niveles de plomo en sangre de niños en riesgo de envenenamiento con plomo, según lo determine el PCP.
- Detección 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,

incluyendo atención prenatal y postnatal y atención por complicaciones en el embarazo; exámenes al recién nacido y atención de enfermería durante los primeros 30 días después del parto. 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 alfafetoproteína (AFP) está cubierta si es médicamente necesaria, y debe ser autorizada.

Servicios Hospitalarios para Pacientes Hospitalizadas. Proporcionados para partos vaginales y cesárea y para complicaciones o afecciones médicas derivadas del embarazo o parto. La duración de la estadía como paciente hospitalizada 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 hospitalizada puede ser por un período menor de 48 a 96 horas si se cumplen las siguientes dos condiciones:

1. la decisión de alta es tomada por el médico tratante en consulta con la madre; 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. Tratamiento de infertilidad, tal como fecundación 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 el hospital de SFHP de acuerdo con las reglas de 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.

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).
- Servicios hospitalarios auxiliares que incluyen servicios de diagnósticos de laboratorio y rayos X, y servicios de terapia a corto plazo, sujetos a la limitación de la cantidad de visitas (descritos en la página 65). Fármacos, medicamentos, líquidos IV, biológicos y oxígeno administrado en el hospital y aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA). Un suministro para hasta 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 protésicos 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 49).

- Administración de sangre y plasma sanguínea, que incluye el procesamiento de la 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.
- 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.
- 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 (incluidas la 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, incluidas pruebas para el control de la diabetes, colesterol, triglicéridos, microalbuminuria, HDL/LDL y Hemoglobina A-1C (glicohemoglobina).

- Diálisis renal. Diálisis renal para pacientes ambulatorios. 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, incluidos 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 control 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;
- glucagón.
- medicamentos con receta médica para el tratamiento de la diabetes, (de acuerdo al formulario de Healthy Kids HMO);

3. Servicios en Centros de Enfermeras Calificadas

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 días descrita en esta sección. Este beneficio se limita a 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 enfermería calificada.

Nota: Los beneficios de enfermería especializada no se proporcionan para servicios de cuidados asistenciales o domiciliarios (servicios asistenciales) de acuerdo con la definición de 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 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 consisten en la prestación de servicios médicos especializados que profesionales médicos con contrato con SFHP proporcionan 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 evitar la institucionalización cuando el miembro no requiere de 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 está autorizado, las visitas médicas en el hogar las realizan: enfermera registrada; enfermera vocacional autorizada; fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, terapeuta del habla o terapeuta respiratorio (la fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, terapeuta del habla y otra terapia de rehabilitación provistas en esta sección se toman en cuenta para el máximo descrito en la terapia de corto plazo de SFHP y están sujetas a la misma); ayuda médica certificada en el hogar en conjunto con los servicios de las enfermeras y/o terapeutas enumerados 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 proporcionados 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 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.

Los beneficios en un centro de cuidados paliativos incluyen servicios médicos, atención de enfermería, servicios sociales médicos, servicios de ayuda médica en el hogar; medicamentos, suministros médicos y aparatos, servicios de consejería y asistencia por duelo, fisioterapia/terapia ocupacional/del habla; atención de corto plazo para paciente hospitalizado para el control del dolor y manejo de síntomas; servicios de cuidados temporales y amas de casa.

K. Beneficios de Terapia a Corto Plazo

Los Beneficios de Terapia a 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 tener un diagnóstico de cáncer y ser aceptado en un estudio clínico de cáncer de fase I, II, III o IV, después de la recomendación por parte del proveedor de atención primaria del miembro de que la participación del miembro en el estudio tiene un potencial significativo de beneficio para el miembro. El tratamiento debe ser proporcionado en un estudio clínico que involucre un medicamento que esté exento, según el reglamento federal de una solicitud de medicamento nuevo, o que esté aprobado por uno de los siguientes: (1) uno de los Institutos Nacionales de Salud; (2) la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA); (3) el Departamento de Defensa de EE.UU.; o (4) la Administración de Veteranos de EE.UU.

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 ha sido aprobado por la FDA federal

- servicios que no sean servicios de atención médica, 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 Recetados

Los medicamentos recetados médicamente necesarios (incluidos 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 Medicamentos de SFHP incluye medicamentos de marca y genéricos aprobados por la 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 15. La sustitución por 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; se proporcionará un suministro de estos medicamentos para hasta 30 días. Si necesita un medicamento no genérico, su médico debe solicitar específicamente que no se hagan sustituciones al escribir “sin sustituciones” en la receta médica y se debe presentar una solicitud de autorización previa.

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

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. No hay copago por los medicamentos y dispositivos anticonceptivos que aparecen en el Formulario de Medicamentos y han sido aprobados por la FDA.

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 SFHP es la lista de los medicamentos con receta médica aprobados por SFHP. El Formulario de Medicamentos de SFHP es desarrollado, revisado regularmente y actualizado trimestralmente por SFHP Pharmacy and Therapeutics Committee (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 en <http://www.sfhp.org/providers> o al comunicarse con SFHP al 1(415) 547-7800 (llamada local) o al 1(800) 288-5555. Excepto por lo descrito en esta Evidencia de Cobertura, solo los medicamentos con receta médica que aparecen en el Formulario de Medicamentos de SFHP están cubiertos a menos que apliquen restricciones. La presencia de un medicamento

en el formulario no garantiza que su proveedor le recetará ese medicamento. Un medicamento con receta médica que no esté incluido en el formulario tendrá cobertura:

- Si SFHP determina, en consulta con el PCP o con la persona autorizada para recetar, que es médicamente necesario, (SFHP requiere una autorización previa para medicamentos con receta médica que no están en el formulario); si SFHP había aprobado previamente el medicamento con receta médica que no está en el formulario de 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. El proveedor participante del miembro puede decidir recetar un medicamento que se encuentre en el Formulario de SFHP y que sea médicamente apropiado para el tratamiento de la afección del afiliado.

Un miembro o un médico puede solicitar un medicamento con receta médica que no esté 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 anterior PROCESO DE AUTORIZACIÓN PREVIA.

Exclusión:

- medicamentos o medicinas recetados únicamente con fines cosméticos;
- medicamentos con patente o de venta libre, que incluyen jaleas, cremas, espumas anticonceptivas, condones, etc., sin receta médica aun si los receta su proveedor;
- medicinas que no requieren una receta por escrito (excepto la insulina y los medicamentos para dejar de fumar como se describió anteriormente);
- 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; el médico debe presentar 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 (FDA) de los EE.UU. para ser comercializados. 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 se alquila o se compra 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 dispositivos protésicos iniciales y subsiguientes, así como los accesorios de instalación para restaurar un método de habla debido a una laringotomía; dispositivos protésicos debido a una mastectomía y para lograr la simetría y calzado terapéutico para personas diabéticas. Los aparatos de corrección auditiva implantados quirúrgicamente no están cubiertos.

Los siguientes no son beneficios con cobertura: zapatos correctivos y soportes para el arco (excepto calzado terapéutico para personas con diabetes), dispositivos no rígidos (como soportes elásticos para rodilla, corsés, medias elásticas y ligeros), 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, como marcapasos, están cubiertos.

P. Educación de Salud

Nuestros programas de educación para la 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 (Su Salud Importa). 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 Auditiva

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 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 excedan 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 se escuche su caso a través del proceso IMR del DMHC. Puede solicitar directamente al DMHC la participación en el proceso de IMR. Consulte la página 71 de esta EOC/DF para obtener una descripción completa del proceso de IMR y cómo le ayudará el Plan con su solicitud. Los miembros serán derivados a CCS para determinar si son elegibles para recibir servicios por medio de CCS. Si el miembro califica para CCS, permanecerá afiliado al SFHP, pero recibirá todos los servicios de trasplante de órganos por medio 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 Sección IX-A-1 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, 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 Servicios para Niños de California (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 de proporcionar los servicios si el menor no es elegible para CCS o el Programa de CCS no autoriza o proporciona los servicios.

T. Tratamiento por Abuso de Sustancias o Alcohol (proporcionado por los Servicios Comunitarios de Salud Conductual, 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 de 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 por abuso de alcohol y sustancias químicas (excepto la hospitalización para desintoxicación) tiene cobertura por medio del San Francisco Mental Health Plan. Consulte la Sección U, a continuación, para obtener la descripción de cómo comunicarse con el San Francisco Mental Health para obtener información adicional sobre los servicios que proporcionan.

U. Atención de Salud Mental (proporcionada por los Servicios Comunitarios de Salud Conductual, 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 de 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.

(Servicios comunitarios de salud conductual es el proveedor de servicios de salud mental de SFHP).

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 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 (PDD) o autismo
- anorexia nerviosa
- bulimia nerviosa

El tratamiento para el PDD y autismo incluye servicios de emergencia y urgentes

médicamente necesarios 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 garantizar que se proporcione el tratamiento y los servicios médicamente necesarios al miembro con SED.

El miembro permanecerá inscrito en el Programa Healthy Kids HMO y continuará recibiendo del Plan atención primaria, atención especializada y todos los otros 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 41.

Salud Mental para Pacientes Ambulatorios

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

Los 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 del desarrollo generalizado o autismo
- anorexia nerviosa
- bulimia nerviosa

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.

El Departamento de Salud Mental del Condado puede proporcionar los servicios para pacientes ambulatorios y servicios profesionales relacionados concernientes a SED a miembros con una afección de Trastorno Emocional Grave (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 del

Plan atención primaria, atención especializada y todos los otros servicios con cobertura 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 54.

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

Tratamiento para 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 para 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 recibidos en cualquier sala de emergencia para una afección médica de emergencia, incluida la detección psiquiátrica, el examen, la evaluación y el 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 ingresa a 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 trasladarlo 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 a usted y al hospital al cual fue ingresado que la transferencia es médicamente segura, no es un servicio con cobertura, y podría ser

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 al 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, que es conversión quirúrgica del pene o de la vagina. SFHP no cubre otros tipos de cirugía de reasignación, ni los procedimientos relacionados, 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 son proporcionados por medio 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. Lo alentamos 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 proporcionados por un dentista de la red, puede comunicarse con

Servicio al Cliente de Delta Dental de Healthy Kids HMO al número gratuito 1(866) 212-2743, de lunes a viernes, de 6:00 a. m. a 5:15 p. m. Para situaciones de emergencia, está disponible 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 de proveedores de Delta Dental le proporciona los nombres de la red de servicios de dentistas en la Ciudad y 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 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 Médicas a Especialistas

Nuestra red de servicios dentales podría derivarlo a otro dentista para consulta o tratamiento especializado. Si esto se llegara a realizar, asegúrese de que el dentista al que lo deriven 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 Healthy Kids HMO,

Delta Dental. 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 servicios de Delta de Healthy Kids HMO, se le notificará con 90 días de anticipación. El departamento de Servicio al Cliente de Delta de Healthy Kids HMO 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 de 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 les paga directamente a los dentistas de la red de servicios. 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 removibles 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 incrustados, biopsia de tejido oral, y otros procedimientos quirúrgicos, como: alveolectomías, extirpación de quiste y neoplasmas, tratamiento del paladar y torus mandibular, frenectomía, incisión y drenaje de

absesos, recuperación de canales (procedimiento separado) y servicios postoperatorios, incluyendo 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, incluido tratamiento para periodontitis; raspado y alisado periodontal a la raíz, y curetaje 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, resina compuesta, acrílico, sintético o plástico. 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 Removibles

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 incluyen revestimientos o rebases en el laboratorio o consultorio; reparación de los dientes postizos; ajuste de los dientes postizos; suavizante del tejido; dentaduras parciales temporales; y duplicación de dientes postizos. 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 nítrico 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.
- Radiografías completas de la boca en conexión con exámenes periódicos se limita a una cada 24 meses.
- Radiografías panorámicas se limitan a una cada 24 meses consecutivos.
- 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 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 canales** es un beneficio con cobertura únicamente si hay signos clínicos o radiológicos de formación de abscesos 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 beneficio opcional para niños menores de 12 años de 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.
- **Los 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 repararlo 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 sea **satisfactoria** y no sea 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 **removible** 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 dentaduras **postizas totales con cobertura** 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.

- Los revestimientos o rebases en el consultorio o en el laboratorio están limitadas a una por arco en cualquier período de 12 meses consecutivos.
- Las dentaduras parciales temporales 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 6:00 a.m. a 5:15 p.m. Para presentar un reclamo por vía electrónica, visite el sitio web de Delta Dental en <http://www.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 tengan 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 al 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 tratará de resolver el problema inmediatamente; sin embargo, a veces toma más de un día investigar y recopilar 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 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 de 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 <http://www.deltadentalca.org>; 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.

Si usted tiene un reclamo que involucra servicios dentales, primero deberá comunicarse con Delta Dental al número gratuito 1(866) 212-2743 y 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, como 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.

Beneficios Visuales

A. Beneficios Visuales

Los beneficios de salud visual se proporcionan por medio de Vision Service Plan (VSP). El 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 proporcionan 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.

Si no tiene una lista de médicos de VSP, puede obtener una al llamar a VSP al 1(800) 877-7195, o al SFHP al 1(415) 547-7800 (llamada local) o al 1(800) 288-5555. La siguiente lista enumera los beneficios de salud visual que tienen 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.

Monturas y Lentes

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

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

El plan de servicio visual 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 Plan de Servicios Visuales proporcionará la asignación de \$110 para el costo del examen, evaluación de lentes de contacto, costos de acondicionamiento y 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 de 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 VPS 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 15 para información acerca de copagos.
- Copago por examen a cancelarse al momento del examen ocular
- Copago por materiales (monturas 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 anisecónicos;
- lentes planos, con menos de +/- .38 dioptrías;
- 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 preste 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;
- anteojos con protección UV;
- otros procesos cosméticos opcionales;
- lentes fotocromáticos o teñidos;

C. Responsabilidades de Pago

El miembro cancela el copago al médico del VSP por los servicios con cobertura por el beneficio de salud visual. El VSP reembolsará al médico de VSP directamente según el acuerdo con el médico.

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 deberá indicar la razón por la que considera que la denegación del reclamo fue

un error y puede proporcionar cualquier documento pertinente que desee que se revise. El 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 Sección 15, 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 tengan un reclamo que involucre servicios recibidos del VSP deberán comunicarse con el Departamento de Servicio al Cliente del VSP al 1(800) 877-7239. Si no es posible resolver su reclamo con el VSP, usted puede llamar a San Francisco Health Plan, para solicitar ayuda adicional al 1(415) 547-7800 (llamada local) o al 1(800) 288-5555. Consulte la Sección 15, 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 vitales 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 por parte del Programa Healthy Kids HMO o de SFHP,

después de enviar al miembro un aviso con al menos treinta y un (31) días de anticipación. 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, incluidos 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.

Admisiones por abuso de sustancias (drogas) (ordenadas o no por el tribunal), a menos que sean médicamente necesarias para la desintoxicación médica aguda, página 54.

Aparatos ortopédicos/otros materiales, calzado ortopédico (excepto para diabéticos), soportes elásticos (consulte las Exclusiones de ortopedia y prótesis en la página 52). 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

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

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 experimental, con la excepción de medicamentos recetados para un uso distinto al aprobado para la comercialización del medicamento por parte de Food and Drug Administration (Administración de Alimentos y Medicamentos), 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 se escuche su caso a través del proceso IMR del DMHC. Puede solicitar directamente al DMHC la participación en el proceso de IMR.

Atención no especializada, para atención asistencial, que los familiares puedan realizar de forma segura y efectiva o personas sin licencia, certificación o la presencia de una enfermera licenciada supervisora, excepto para los servicios de aseo del hogar autorizados para cuidados paliativos.

Audífonos y servicios auditivos incluyendo 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.

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

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.

Custodia concomitante a servicios proporcionados en el hogar o a una hospitalización o confinamiento en un centro de atención médica principalmente para custodia, mantenimiento o atención a domicilio, descanso o para control o cambio del ambiente de una persona.

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

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.

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

Equipo médico duradero incluyendo cobertura para el confort o artículos de conveniencia; materiales desechables, excepto bolsas para ostomía, sondas urinarias y materiales consistentes con las pautas de cobertura de Medicare; equipo para ejercicio e higiene; equipo experimental o de investigación; dispositivos de naturaleza no médica, como baños sauna y elevadores o modificaciones al hogar o automóvil; equipo de lujo; o más de una pieza de equipo que tenga la misma función están excluidos. Equipo y suministros para diabéticos

están cubiertos según lo establecido en la Sección 9: Beneficios de SFHP.

Exámenes físicos e inmunizaciones requeridos para obtener licencia, empleo, seguros, participación en la escuela o participación en deportes recreativos, ordenados por un tribunal, o para viajes, a menos que el examen corresponda al programa de exámenes físicos e inmunizaciones de rutina considerados en Servicios Médicos Preventivos, página 43.

La acupuntura y los servicios quiroprácticos no son beneficios con cobertura.

Medicamentos de venta libre, suministros, y dispositivos como filtros de aire o medicamentos que no necesitan una receta médica (excepto insulina y productos para dejar de fumar), vitaminas (excepto vitaminas prenatales y ácido fólico), minerales (excepto preparaciones con fluoruro), suplementos alimenticios, o artículos alimenticios para dietas especiales o suplementos nutricionales, excepto para el diagnóstico de Fenilcetonuria (PKU).

Confinamiento en un centro para el manejo del dolor para tratar o curar el dolor crónico. 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.

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

Métodos y dispositivos anticonceptivos que no requieren receta médica a menos que el proveedor participante del paciente determine que ninguno de los métodos que el Plan designa que tienen cobertura o como preferidos es médicamente apropiado para el paciente.

Obesidad que incluye cirugía por obesidad mórbida, a menos que SFHP determine que es médicamente necesaria.

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. Programas de aprendizaje y desarrollo personal para proporcionar el tratamiento médicamente necesario para PDD o autismo, no está excluido.

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

Servicios por alcoholismo para el 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.

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

Transporte distinto al indicado en transporte médico, página 56.

Tratamiento de infertilidad, tal como fecundación in-vitro, G.I.F.T. (transferencia embrionaria de gametos) o cualquier forma de fertilización inducida, inseminación artificial o servicios concomitantes o resultantes de los procedimientos para una madre sustituta o de los servicios de una madre sustituta no sean servicios con cobertura.

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 derivadas de cualquier procedimiento de reversión o esterilización.

Coordinación de Beneficios y Responsabilidades de Terceros

A. Coordinación de los 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, incluido 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.

Nota: Aun si tiene otra cobertura, los beneficios solo tendrán cobertura de SFHP si los proporcionan los proveedores de SFHP y son autorizados según las reglas de SFHP.

B. Responsabilidad de Terceros

Si un miembro se lesiona por el acto u omisión de otra persona (un tercero), SFHP proporcionará los beneficios bajo SFHP con respecto a los servicios requeridos como resultado de dicha lesión, 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 del San Francisco Health Plan de Cambiar los Beneficios y Cargos

San Francisco Health Plan se reserva el derecho de cambiar los beneficios y cargos del plan de beneficios del Programa 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 Afiliación

SFHP proporcionará un aviso por escrito por lo menos con 15 días de anticipación a cualquier miembro antes de que la cancelación de la afiliación sea efectiva, excepto en casos en los que se realiza la cancelación de beneficios debido a que el miembro hizo uso fraudulento de los beneficios de Healthy Kids HMO. La cobertura de Healthy Kids HMO no concluirá antes de los 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 25 años de edad. La cancelación de la afiliación por esta razón será

efectiva el último día del mes en el que el miembro cumpla 25 años de edad.

El miembro no paga la prima anual requerida durante 30 días consecutivos a partir de la fecha de vencimiento. La cancelación de la afiliación, por esta razón, será efectiva 45 días después de la fecha de aviso de falta de pago.

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. La cancelación de la afiliación, por esta razón, será efectiva al enviar por correo el aviso al miembro.

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. La cancelación de la afiliación, por esta razón, será efectiva al enviar por correo el aviso al miembro.

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 12:00 a. m. 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 Estados Unidos 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.

Los miembros a los que se les canceló la afiliación por falta de pago podrán 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 24 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 cancelar su afiliación en cualquier momento, con un aviso por escrito con 31 días de anticipación.

E. Revisión por el Departamento de Atención Médica Administrada

El Departamento de Atención Médica Administrada de California es responsable de regular 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 problemas de audición o lenguaje pueden utilizar los números telefónicos gratuitos del Servicio de Retransmisión de California: 1(800) 735-2929 (TTY), o el 1(888) 877-5379 (TTY), para comunicarse con el Departamento. El sitio web del Departamento (<http://www.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 resolver su problema. También puede solicitar una copia del protocolo completo de queja/reclamo. Comuníquese con Servicio al Cliente al 1(415) 547-7800 (local) o 1(800) 288-5555 y se le enviará una copia.

Presentar un reclamo 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 Administrada 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 ante el Departamento de Atención Médica Administrada" en la página 73.

Presentación de un Reclamo

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

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

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

San Francisco Health Plan
Service Center
7 Spring St.
San Francisco, CA 94104

Los formularios de quejas y el procedimiento de reclamos 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 de SFHP en www.sfhp.org.

Proceso de Quejas/Reclamos

Cuando usted presenta un reclamo, esto es lo que ocurre:

Paso 1. Usted presenta su reclamo por teléfono, por escrito o en persona. El Coordinador de Reclamos de SFHP 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 días calendario para confirmar la recepción de su reclamo. La carta también le dará información acerca del procedimiento de reclamo y sobre sus derechos como miembro de SFHP.

Paso 3. SFHP le notificará por escrito su propuesta de resolución en un plazo de 30 días calendario. 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 73.

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

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

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 reclamo 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 y Apelación Urgente

Cuando tenga un reclamo urgente, puede solicitar que el Plan revise su reclamo o apelación en un plazo de 72 horas. Un reclamo urgente es cuando una demora en la obtención de atención médica representaría una amenaza inminente y sería 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 un reclamo urgente, llame al SFHP al 1(800) 288-5555 o al 1(415) 547-7800 e indique que desea presentar una queja urgente. SFHP le notificará de inmediato acerca de su derecho a comunicarse con el DMHC y de que no es obligatorio que participe en el proceso de

reclamos de SFHP antes de comunicarse con el DMHC para solicitar ayuda. Consulte la sección H a continuación para obtener información acerca de cómo comunicarse con el Departamento de Atención Médica Administrada.

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

C. Cooperación de los Miembros en el Proceso de Reclamos

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 pide que el miembro responda a estas peticiones 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 postal a:

Grievance Coordinator
(Coordinador de Reclamos)
San Francisco Health Plan
P.O. Box 194247
San Francisco, CA 94119

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

San Francisco Health Plan
Service Center
7 Spring St.
San Francisco, CA 94104

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

E. Revisión Médica Independiente de Reclamos 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, tal como presentar un reclamo o una apelación. El proceso de IMR es gratuito. Usted tiene derecho a proporcionar cualquier información que tenga para respaldar su solicitud de una IMR. SFHP o su grupo médico debe proporcionarle una solicitud de IMR junto con cualquier carta de resolución de reclamo que deniegue, modifique o retrase los servicios de atención médica. Si presenta una solicitud de IMR al DMHC, se revisará para confirmar que: su médico ha recomendado un servicio de atención médica como medicamento necesario; o (B) usted ha recibido atención de urgencia o servicios de emergencia que un proveedor determinó como medicamento 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 en disputa se ha denegado, modificado o retrasado por SFHP o su grupo médico, con base total o parcial en una decisión de que el servicio de atención médica no es medicamento necesario; y usted ha presentado un reclamo ante SFHP o su grupo médico y se mantiene la decisión en disputa o el reclamo continúa sin resolverse después de 30 días. Si su reclamo requiere de una revisión urgente, puede presentarla de inmediato al Departamento. DMHC puede exonerar el requisito de que usted siga el proceso de reclamo de 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 medicamento necesaria o no. Usted recibirá una copia de la evaluación realizada en su caso. Si la IMR determina que el servicio es medicamento necesario, 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 impliquen una amenaza inminente y grave a su salud; incluido, pero sin limitarse a: dolor intenso, pérdida potencial de la vida, de un miembro o de una función corporal principal, o el deterioro inmediato y grave de su salud, la organización de IMR debe proporcionar su determinación dentro de tres 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 al 1(800) 288-5555.

F. IMR Experimental o de Investigación

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 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 reclamo de SFHP antes de comunicarse con el DMHC para una IMR experimental/de investigación. Puede comunicarse con el DMHC inmediatamente para solicitar la IMR y SFHP le ayudará con este proceso.

G. Quejas 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 (California Department of Managed Health Care) es responsable de regular los planes de servicios de atención médica. Si tiene un reclamo sobre su plan de salud, primero debe comunicarse con su plan de salud al 1(800) 288-5555 o al 1(415) 547-7800 o al número TDD al 1-888-883-7347 y utilizar el proceso de reclamos de su plan antes de comunicarse con DMHC. El uso de este procedimiento de reclamos no prohíbe ningún derecho o recurso potencial que pueda estar a su disponibilidad. 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. Asimismo, usted puede ser elegible para una Evaluación Médica Independiente (IMR). Si usted es elegible para una IMR, el proceso de IMR le ofrecerá una revisión imparcial de las decisiones médicas tomadas por un plan de salud relacionada con la necesidad médica de un servicio o tratamiento propuesto, decisiones de la cobertura para tratamientos de naturaleza experimental o de investigación y disputas de pagos de servicios médicos de emergencia o urgentes. El DMHC también cuenta con el número de teléfono gratuito, 1(888) HMO-2219 y una línea TDD, 1(877) 688-9891 para las personas con impedimento del habla y de la audición. El sitio web del DMHC <http://www.hmohelp.ca.gov> tiene formularios de reclamos, formularios de solicitud de IMR e instrucciones en línea.

H. Arbitraje de Disputas

Si existe alguna disputa o desacuerdo entre un miembro y SFHP (que no sea un reclamo por negligencia médica) que exceda 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, incluyendo, 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 30 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, entonces será 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 de \$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 (30) 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 (30) días después de la petición de arbitraje del miembro, cualquiera de las partes puede utilizar el método establecido en la Sección 1281.6 del Código de Procedimiento Civil de California para seleccionar al árbitro neutral.

Excepto 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 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 treinta (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 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 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

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 de Beneficiarios (BC) para asesorar a su Consejo Directivo acerca de decisiones de políticas. Dos miembros de este comité también son miembros del Consejo Directivo y uno es miembro de Comité de Mejoramiento de la 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 participar en el futuro, comuníquese con Servicios al Miembro.

B. No transferibles

Los beneficios de SFHP no son transferibles sin el consentimiento por escrito de 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 proporcione 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 que está Cancelado

Si usted está recibiendo tratamiento para afecciones agudas, afecciones crónicas graves, embarazo (incluyendo atención postnatal 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 con 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 con Servicios al miembro para recibir información acerca de los criterios de elegibilidad, la política y el procedimiento para solicitar continuidad de la atención por parte de un proveedor sin contrato.

Para obtener información adicional llame a Servicio al Cliente al 1(415) 547-7800 (llamada local) o al 1(800) 288-5555.

F. Pago de Proveedores

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 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. Esta carta se le envía cada año de conformidad con la Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA) federal, que 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 www.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 de SFHP que maneja registros médicos debe preservar la confidencialidad del paciente.

Nota: Está disponible una declaración que describe las políticas y procedimientos de 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 ejercerá esta autoridad para beneficio de todas las personas que tienen derecho a recibir beneficios según el contrato y la Evidencia de Cobertura.

I. Ley Aplicable

La cobertura del Programa Healthy Kids HMO de SFHP está sujeta a los requisitos de la Ley Knox-Keene de California, Capítulo 2.2 de la División 2 del Código de Salud y Seguridad de California y las regulaciones establecidas en las Secciones 1300.43 y 1300.826 del Título 28 del Código Administrativo de California. Cualquier disposición que deba estar en este programa de beneficios de acuerdo con la Ley Knox-Keene 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.

Vecindarios cubiertos por SFHP

