

**SAN FRANCISCO
HEALTH PLAN™**



Here for you

San Francisco Health Plan

Evidencia de Cobertura y Formulario de Autorización de Divulgación

Enero 1, 2017

HealthyWorkers HMOSM

La Evidencia de la Cobertura y Formulario de Autorización de Divulgación del San Francisco Health Plan deben responder sus preguntas acerca de cómo utilizar el plan.

La evidencia de cobertura y el formulario de autorización de divulgación combinados constituyen solamente un resumen del plan de salud. Para conocer los términos y condiciones exactos de la cobertura, se debe consultar el contrato del plan de salud. Para obtener información más detallada, consulte la sección Evidencia de Cobertura de este folleto. Este folleto contiene:

Guía rápida: Una breve descripción de la introducción, la selección de su Proveedor de Atención Primaria (*PCP*), la obtención de atención médica con su nuevo plan de salud, los servicios y cargos del plan de salud, y solución de problemas, quejas y reclamos

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

Evidencia de la Cobertura: Los términos y condiciones de su plan de salud. Además, le proporciona detalles acerca de San Francisco Health Plan.

Todas las referencias que se incluyen en este documento para “Healthy Workers HMO” deberán incluir en conjunto (i) “Empleados a Demanda”, una clase que cumple con los requisitos de empleados de la ciudad y el condado de

San Francisco clasificados como empleados “Temporales Exentos a Demanda”;

(ii) Los trabajadores de servicios de apoyo en el hogar (“Trabajadores de IHSS”) que son empleados que cumplen con los requisitos de la Autoridad Pública de IHSS; y (iii) trabajadores de IHSS que son empleados que cumplen con los requisitos del Consorcio de IHSS.

Como Miembro de Healthy Workers HMO, tendrá acceso a servicios médicos por medio de la red de atención médica de la Ciudad, Red de salud comunitaria (*CHN*). Las *clínicas* y los proveedores de atención médica de *CHN*, San Francisco General Hospital y sus farmacias participantes de Healthy Workers HMO entienden sus necesidades de atención médica.

Este nuevo manual de Evidencia de Cobertura combina una guía rápida de los servicios del plan de salud y cómo tener acceso a ellos, un Resumen de Beneficios y la Evidencia

de Cobertura y Formulario de Autorización de Divulgación. El manual de Evidencia de Cobertura es un resumen del *acuerdo de grupo* entre San Francisco Health Plan y su *empleador* y también le indica los términos y condiciones de su plan de salud. Para conocer los términos y condiciones exactos de la cobertura, comuníquese con su *empleador*.

Algunas de las palabras utilizadas en este Directorio tienen definiciones específicas. Estas palabras aparecen *en letra cursiva*. Los significados de las palabras en *cursiva* se encuentran en el Capítulo 6 de este Directorio.

La información acerca de nuestros proveedores y centros contratados se incluye en el Directorio de Proveedores.

Asegúrese siempre de consultar su Directorio de Proveedores cuando seleccione un *proveedor de atención primaria (PCP)* u otros proveedores que busque para recibir servicios.

Comuníquese con Servicio al Cliente al **1(415) 547-7800** o **1(800) 288-5555** de lunes a viernes, de 8:30 a. m. a 5:30 p. m. si desea obtener información adicional acerca de los *beneficios* de *SFHP*. San Francisco Health Plan está ubicado en:

P.O. Box 194247
San Francisco, CA 94119

San Francisco Health Plan le proporcionará una copia del contrato del plan a su solicitud.

SFHP le facilita obtener atención.

Llame a su Proveedor de Atención Primaria (*PCP*) para:

- programar una cita
- consultar a un especialista

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

- cambiar su Proveedor de atención primaria (*PCP*)
- obtener una nueva tarjeta de identificación de Miembro
- informar un problema con su *PCP* u otros servicios de atención médica
- obtener ayuda para obtener sus recetas médicas

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 médico durante el día o en horas inhábiles.
- 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 en su idioma.
- Las 24 horas del día, 7 días a la semana.

Los proveedores con la Autoridad Pública de los Servicios de Apoyo en el Hogar (*IHSS PA*): para averiguar si cumple con los requisitos para Healthy Workers HMO o para solicitar su inscripción, comuníquese con la Autoridad Pública de IHSS al **1(415) 243-4477**.

Los Empleados a Demanda de la Ciudad y el Condado de San Francisco: para averiguar si cumple con los requisitos para Healthy Workers HMO, comuníquese con el Departamento de Recursos Humanos al **1(415) 557-4942**.

Trabajadores del Consorcio IHSS: para averiguar si cumple con los requisitos para Healthy Workers HMO comuníquese con el Consorcio IHSS al **1(415) 255-2079** o al **1(800) 283-7000**.

Comuníquese con Servicios Comunitarios de Salud Conductual (Community Behavioral Health Services, CBHS) al **1(415) 255-3737** o al **1(888) 246-3333** (llamada gratuita) o al **1(888) 484-7200** (*TDD*) para:

- Obtener asesoría sobre salud mental.
- Hablar con un consejero especialista en abuso de sustancias.
- Llame a Vision Service Plan (VSP) al **1(800) 877-7195** para: obtener un examen de la vista o anteojos.
- SOLAMENTE trabajadores de IHSS: llame a Liberty Dental al **1(888) 703-6999** para: hacer una cita con un dentista

Guía Rápida	8	4. Servicios y cargos del plan de salud.....	13
1. Introducción	8	Copagos	13
Cómo funciona la atención administrada	8	Cargos por Servicio Fuera de la Red	14
Determinación de la elegibilidad	8	Resumen de Beneficios.....	15
Trabajadores de IHSS con la Autoridad Pública (PA) de IHSS):.....	8	Un cuadro de ayuda para comparar los beneficios de la cobertura.....	15
Empleados a Demanda	8	Evidencia de la cobertura.....	18
Razones para la finalización de la cobertura <i>Categorías A, B y C</i>	9	5. Acerca del San Francisco Health Plan (SFHP).....	18
Trabajadores del Consorcio IHSS:	10	6. Definiciones	18
Los trabajadores IHSS con el Consorcio IHSS también son elegibles para Healthy Workers HMO.	10	Acuerdo de Grupo	18
Requisitos de elegibilidad:	10	Afección aguda	18
Información para los Miembros que tienen Problemas de Lectura	10	Afección crónica	18
Ayuda en Otros Idiomas y para Personas con Deficiencias Auditivas	10	Afección Médica de Emergencia	18
2. Elección de su proveedor de atención primaria (PCP)	10	Afección Médica de Emergencia Psiquiátrica	18
¿Qué es un Proveedor de Atención Primaria (PCP)?	10	Año de beneficios	18
¿Qué Tipo de Proveedor Puede ser un PCP?	11	Aparatos Ortopédicos.....	18
Uso del Directorio de Proveedores.....	11	Aparatos protésicos.....	18
Cómo elegir su proveedor de atención primaria (PCP)	11	Arbitraje:.....	18
Cómo cambiar su proveedor de atención primaria (PCP)	11	Área de servicio	19
¿Por qué podría un proveedor solicitar un cambio del PCP del Miembro?.....	12	Atención a domicilio	19
Si su PCP se retira del SFHP.....	12	Atención de urgencia.....	19
Cómo programar Citas con su Proveedor de Atención Primaria (PCP)	12	Atención dental	19
3. Obtención de Atención Médica bajo su Nuevo Plan de Salud	12	Atención en un Centro de cuidados paliativos	19
Programa exámenes médicos regulares y atención de rutina	12	Atención para pacientes.....	19
Cómo obtener una referencia médica	12	Autorización (Autorizado).....	19
Atención hospitalaria.....	13	Beneficios	19
Servicios de Salud Conductual	13	Centro de enfermería especializada.....	19
Farmacia.....	13	Cirugía reconstructiva.....	19
Programas de educación de salud	13	Copago	19
		Custodia es la atención.....	19
		De naturaleza experimental o de investigación.....	19
		Directorio de Proveedores	20
		Discapacidad.....	20
		Discapacidad total	20
		Empleado.....	20
		Empleador	20
		Enfermedad mental grave	20

Enfermedad seriamente debilitante.....	20	Servicios hospitalarios para pacientes	
Enfermo terminal.....	20	ambulatorios	23
Equipo Médico Duradero (DME).....	20	SFHP	23
Especialista.....	20	Terapia del habla	23
Evidencia de Cobertura y Formulario de		Terapia física.....	23
Autorización de Divulgación (EOC)	20	Terapia ocupacional.....	24
Exclusión	20	Terapia respiratoria	24
Las circunstancias apremiantes	20	Trabajo de parto activo	24
Formulario de medicamentos.....	21	Trastorno emocional grave.....	24
Grupo médico	21	7. Selección de Proveedores de	
Hospital	21	Atención Primaria y Centros	24
Hospital SFHP	21	A. Proveedores de atención primaria	
Medicamento necesarios.....	21	independientes y profesionales	
Medicamento no incluido.....	21	médicos/centros.....	24
Medicamentos no preferidos	21	B. Selección de un proveedor de atención	
Medicamentos preferidos.....	21	primaria	24
Miembro	21	C. Cambio de Proveedor de Atención	
Paciente hospitalizado	21	Primaria	25
Plan de salud	21	D. Programación de citas.....	25
Plan	21	E. Una relación positiva con su proveedor	
Prima.....	21	de atención primaria	25
Procedimiento cosmético	22	8. Cómo utilizar el San Francisco	
Profesional de la salud	22	Health Plan	26
Profesional médico	22	A. Autorización de Servicios	26
Programa.....	22	B. Atención médica de emergencia.....	26
Proveedor cancelado	22	C. Atención de urgencia o después de	
Proveedor de atención primaria.....	22	horario normal o en fines de semana	27
Proveedor.....	22	D. Atención de seguimiento después de	
Proveedor no participante es un proveedor		servicios de emergencia o atención de	
que no ha sido contratado por el <i>SFHP</i>		urgencia.....	27
para brindar servicios a los miembros.....	22	E. Referencias médicas a especialistas.....	28
Proveedor participante	22	F. Servicios que no requieren referencia	
Que pone en peligro la vida significa una o		médica	28
ambas de las siguientes:	22	G. Acceso directo a ginecobstetras.....	28
Reclamo	22	H. Referencias médicas vigentes a	
Referencia médica vigente.....	22	especialistas.....	28
Segunda opinión	22	I. Segundas opiniones.....	28
Servicio de atención médica	22	J. Responsabilidad de pago del Miembro.....	29
Servicios cubiertos	22	9. Beneficios del <i>SFHP</i>.....	29
Servicios de emergencia	22	A. Información Importante.....	29
Servicios de rehabilitación	23	B. Servicios Profesionales	29
Servicios de Salud Conductual	23		
Tratamiento de salud conductual.....	23		

C. Servicios de diagnóstico de laboratorio y rayos X.....	30	GG. Cambios en los beneficios del programa	42
D. Servicios médicos preventivos	30	10.Exclusiones y limitaciones	42
E. Servicios hospitalarios	30	A. Exclusiones y limitaciones generales.....	42
F. Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios (Servicios de Atención Ambulatoria).....	31	B. Exclusiones y limitaciones específicas.....	42
G. Servicios de rehabilitación a corto plazo	31	11.Elegibilidad e inscripción	45
H. Atención del embarazo y la maternidad.....	31	12.Terminación, cancelación y cambios en beneficios y cargos.....	46
I. Planificación familiar.....	32	A. Terminación de los beneficios.....	46
J. Servicios por Infertilidad.....	32	B. Cancelación del Acuerdo de Servicio de Grupo.....	46
K. Servicios de atención médica en el hogar	32	C. Readmisión	47
L. Atención en centro de cuidados paliativos.....	33	13.Continuación de Cobertura de Grupo	47
M. Servicios de atención médica de emergencia	33	Continuación de cobertura de grupo (COBRA o Cal-COBRA).....	47
N. Hospitalización de emergencia.....	33	14.Duplicidad de cobertura, Responsabilidad de terceros y Coordinación de beneficios	48
O. Servicios de emergencia fuera de la red.....	33	A. Cobertura duplicada	48
P. Servicios de Ambulancia	33	B. Responsabilidad de terceros	48
Q. Servicios de ambulancia no de emergencia.	33	C. Coordinación de beneficios.....	48
R. Tratamiento de encías	34	15.Procedimientos de reclamos y apelaciones	49
S. Servicios de cirugía plástica y reconstructiva	34	A. Proceso de reclamos	49
T. Estudios clínicos de cáncer	34	B. Revisión médica urgente y apelaciones	50
U. Medicamentos recetados	35	C. Cooperación de los Miembros con el Proceso de Reclamos.....	50
V. Formulario de medicamentos	37	D. A dónde Escribir.....	50
W. Atención auditiva.....	38	E. Apelaciones acerca de medicamentos no incluidos en el Formulario	50
X. Atención de Salud Conductual.....	38	F. Revisión médica independiente de reclamos que involucran un servicio de atención médica en disputa	51
Y. Enfermedad mental grave	39	G. IMR experimental o de investigación.....	51
Z. Servicios por trastorno por uso de sustancias.....	40	H. Quejas al Departamento de Atención Médica Administrada	52
AA. Equipo Médico Duradero	40	I. Arbitraje de disputas	52
BB. Beneficios de trasplante de órganos humanos	40		
CC. Materiales, equipo y servicios para el tratamiento o control de la diabetes.....	40		
DD. Servicios de Centros de enfermería especializada.....	41		
EE.Cirugía de cambio de sexo	41		
FF. Reembolso de reclamos por servicios de emergencia	41		

16. Otras disposiciones.....	53
A. Revisión por el Director del Departamento de Atención Médica Administrada.....	53
B. Participación en Políticas públicas.....	53
C. No transferibles	54
D. Contratistas independientes.....	54
E. Continuidad de la atención por parte de un proveedor cancelado.....	54
F. Continuidad de la atención para nuevos miembros por parte de proveedores no contratados.....	54
G. Pago a proveedores	54
H. Confidencialidad de la información médica	55
I. Participación en el programa de beneficios.....	55
J. Ley aplicable	56
K. Desastres naturales, interrupciones y limitaciones.....	56

Guía Rápida

1. Introducción

Cómo funciona la atención administrada

SFHP es un plan de atención administrada. En la atención administrada, su *proveedor de atención primaria (PCP), clínica, hospital y especialistas* trabajan juntos para proporcionarle atención. Su *PCP* provee las necesidades básicas de atención médica.

Su *PCP* es parte del Grupo Médico Community Health Network (*CHN*) y trabaja en una clínica de *CHN*. *CHN* está conformado por médicos, *especialistas* y otros proveedores de servicios de atención médica, así como San Francisco General Hospital. Su *PCP*, junto con *CHN*, dirige la atención para todas sus necesidades médicas. Esto incluye *autorizaciones* para acudir a *especialistas*, o para recibir servicios médicos como pruebas de laboratorio, rayos X o atención hospitalaria. Además, como *miembro* de Healthy Workers HMO, puede acceder a servicios de la vista y obtener sus recetas médicas directamente de los proveedores de servicios de la vista y las farmacias que aparecen en el Directorio de Proveedores de Healthy Workers HMO. Si tiene preguntas acerca de sus beneficios de la vista y de farmacia, llame a Servicio al Cliente al **1(415) 547-7800** (llamada local) o al **1(800) 288-5555**.

Determinación de la elegibilidad

Trabajadores de IHSS con la Autoridad Pública (PA) de IHSS:

La mayoría de los Trabajadores independientes de IHSS en San Francisco que están registrados con IHSS PA como autorizados para trabajar por dos meses consecutivos y por lo menos 25 horas en uno de esos meses, son elegibles para solicitar cobertura de atención médica por medio de Healthy Workers HMO.

La Autoridad Pública de IHSS determina su elegibilidad cuando usted devuelve el Formulario de Afiliación/Solicitud de la Cobertura de Salud; cuando cumpla estos requisitos, estará afiliado a Healthy Workers HMO. *SFHP* le avisará sobre su nueva cobertura de atención médica en ese momento.

Cada mes, la Autoridad Pública de IHSS recibe información sobre la cantidad de horas que usted trabaja. Su elegibilidad para Healthy Workers HMO continuará siempre que trabaje por lo menos 25 horas al mes. Si usted trabaja menos de 25 horas durante un mes, permanecerá como *miembro* de Healthy Workers HMO los próximos tres meses, esto incluye el mes en el que trabajó menos de 25 horas, y allí terminará su cobertura, a menos que trabaje 25 horas en uno de esos tres meses consecutivos.

Por ejemplo, si usted trabaja menos de 25 horas en enero, permanecerá como miembro de Healthy Workers HMO en enero, febrero y marzo, y su cobertura terminará el 31 de marzo, a menos que trabaje 25 horas en uno de esos tres meses.

Una vez que se haya inscrito, seguirá siendo *miembro* de Healthy Workers HMO a menos que:

- Trabaje menos de 25 horas al mes durante tres meses seguidos.
- Avise a *SFHP* que desea cancelar su cobertura de atención médica.
- Ya no vive o trabaja dentro del área de cobertura del *SFHP* (un recorrido de más de 30 millas o 30 minutos a su proveedor de atención médica).

Empleados a Demanda

Con el fin de calcular la elegibilidad de los Empleados a Demanda, los años de servicio se definirán como el tiempo, calculado en meses, a partir de la fecha original de inicio de trabajo del empleado con la Ciudad y el Condado de San Francisco, sin importar el estado o la clasificación. Los períodos de beneficios se definirán como un mínimo de tres (3) meses calendario, con la excepción del período inicial de beneficios de cinco (5) meses del 1 de agosto de 2007 al 31 de diciembre de 2007. La elegibilidad inicial de beneficios para los empleados a demanda según este acuerdo que inicia el 1 de agosto de 2007 se basará en los datos de trabajo del empleado para el período del 21 de abril de 2006 al 6 de abril de 2007. A partir del 1 de enero de 2017, la elegibilidad continua se determinará por lo menos cada trimestre, sobre la base de los datos recolectados durante los veintiséis (26) períodos quincenales de pago que finalizan el último día del período de pago más próximo al inicio del trimestre anterior al período de

beneficios. Para el período de beneficios que inicia el 1 de enero de 2017, el período de recolección de datos se determina a partir los datos recolectados del empleado de los veintiséis (26) períodos quincenales de pago que finaliza el 30 de septiembre de 2017.

Categoría A: Empleados a Demanda con menos de tres (3) años de servicio para la Ciudad

Los empleados de la Ciudad que se encuentran en esta categoría incluyen a todos los Empleados a Demanda que tienen menos de tres (3) años de servicios para la Ciudad y que han trabajado 450 horas o más, sobre la base de los datos recolectados durante los veintiséis (26) períodos quincenales de pago que finalizan la fecha de pago más cercana a la fecha de inicio del trimestre previo al período de beneficios.

Categoría B: Empleados a Demanda con tres (3) o más, pero menos de seis (6) años de servicio para la Ciudad

Los empleados de la Ciudad incluidos en esta categoría deben tener tres (3) o más años de servicio para la Ciudad y haber trabajado 300 horas, sobre la base de los datos recolectados durante los veintiséis (26) períodos quincenales de pago que finalizan la fecha de pago más cercana a la fecha de inicio del trimestre previo al período de beneficios.

Categoría C: Empleados a Demanda con seis (6) o más años de servicio para la Ciudad

Los empleados de la Ciudad incluidos en esta categoría deben tener seis (6) o más años de servicio para la Ciudad y haber trabajado 200 o más horas, sobre la base de los datos recolectados durante los veintiséis (26) períodos quincenales de pago que finalizan la fecha de pago más cercana a la fecha de inicio del trimestre previo al período de beneficios.

La elegibilidad será determinada por la Ciudad de acuerdo con los términos de este acuerdo. La Ciudad revisará los datos de las horas trabajadas y los años de servicio al final de cada período de beneficios después del 1 de agosto de 2007. La Ciudad utilizará dicha información para determinar qué empleados son elegibles para la afiliación continua en el plan de servicios prepagados de atención médica del Plan de Salud.

Las personas en cada categoría serán notificadas por la Ciudad por lo menos 45 días

antes de la fecha en que son inicialmente elegibles para iniciar la participación en el programa Healthy Workers HMO. Las personas elegibles que se afilian por lo menos treinta (30) días calendario antes del primer día del siguiente período de beneficios serán elegibles para la cobertura a partir de dicho período de beneficios.

Los empleados afiliados como Empleados a Demanda elegibles podrían convertirse en no elegibles al final de un período de beneficios debido a que no han cumplido con los requisitos de elegibilidad (que incluye, pero no se limita a, las horas requeridas para las categorías A, B o C). A las personas no elegibles que permanecen como Empleados a Demanda con la Ciudad se les ofrecerá la opción de continuar con la cobertura de atención médica por medio de San Francisco Health Plan para períodos de beneficios posteriores si asumen la totalidad de la responsabilidad de la prima mensual.

Los suscriptores se podrán retirar voluntariamente de la cobertura de atención médica a lo largo del año. La Ciudad debe recibir las solicitudes para cambios antes de día 10 calendario del mes para que el cambio sea efectivo el primer día del mes siguiente.

Razones para la finalización de la cobertura Categorías A, B y C

Una vez que se haya inscrito, seguirá siendo *miembro* de Healthy Workers a menos que:

1. Ya no sea un empleado de la Ciudad.
2. Ya no cumpla con los requisitos de elegibilidad.
3. Deje de pagar su prima trimestral, si aplica.
4. Decida cancelar la cobertura.
5. Se convierta en elegible para afiliarse como beneficiario primario en un plan de salud que ofrezca el Sistema de Servicios de Salud de la Ciudad.
6. Esté afiliado como dependiente en un plan de salud que ofrezca el Sistema de Servicios de Salud de la Ciudad.
7. Esté afiliado en otro plan de salud.
8. Se mude del área de servicio del Plan de Salud y ya no trabaje en el área de servicio.

En todos los casos que involucren la terminación de los beneficios de Healthy Worker descritos anteriormente, la Ciudad les enviará un aviso a los trabajadores por lo menos

quince (15) días calendario antes de la fecha de terminación.

Los proveedores con la Autoridad Pública de los Servicios de Apoyo en el Hogar (IHSS PA): para averiguar si cumple con los requisitos para Healthy Workers HMO o para solicitar su inscripción, comuníquese con la Autoridad Pública de IHSS al **1(415) 243-4477**.

Los Empleados a Demanda de la Ciudad y del Condado de San Francisco: para averiguar si cumple con los requisitos para Healthy Workers HMO, comuníquese con el Departamento de Recursos Humanos al **1(415) 557-4942**.

Su cónyuge e hijos no son elegibles para recibir *beneficios* bajo este plan. Los recién nacidos o niños legalmente adoptados después de 31 días del nacimiento o de la adopción tampoco son elegibles para recibir *beneficios*. Sin embargo, *SFHP* puede ayudarle a buscar cobertura para *sus dependientes* en otros programas de atención médica. Para obtener más información llame a Servicio al Cliente al (llamada local) o al **1(800) 288-5555**.

Trabajadores del Consorcio IHSS:

Los trabajadores IHSS con el Consorcio IHSS también son elegibles para Healthy Workers HMO.

Requisitos de elegibilidad:

Elegibilidad inicial: el afiliado debe trabajar por lo menos quince (15) horas a la semana dentro de los primeros treinta (3) días de trabajo para ser elegible el primer día del siguiente mes.

Continuación de elegibilidad: la elegibilidad del afiliado se evalúa cada tres (3) meses. El afiliado debe haber trabajado por lo menos quince (15) horas a la semana en un período de tres (3) meses.

Finalización de elegibilidad: si el afiliado no trabaja, en promedio, por lo menos quince (15) horas a la semana en un período de tres (3) meses, su elegibilidad finalizará el primer día del siguiente mes.

El afiliado debe vivir tiempo completo en San Francisco o debe trabajar en San Francisco de manera que permita que el afiliado cumpla con la distancia reglamentaria y los requisitos de tiempo de viaje para tener acceso a su proveedor de atención primaria de *SFHP* (15 millas o 30 minutos desde su proveedor de atención primaria de *SFHP*).

Trabajadores del Consorcio IHSS: para averiguar si es elegible para Healthy Workers HMO o para solicitar su inscripción, comuníquese con el Consorcio IHSS al **1(415) 255-2079** o al **1(800) 283-7000**.

Información para los Miembros que tienen Problemas de Lectura

Si no puede ver bien, el *SFHP* le proporcionará este manual y otros materiales importantes del Plan en formatos alternativos, como Braille, impresos con letra grande y audio, o bien, le podremos leer algunas secciones por teléfono. Para obtener formatos alternativos o ayuda para leer los materiales de *SFHP*, llame a Servicio al Cliente de *SFHP* al **1(415) 547-7830 (TDD)** o al número gratuito **1(888) 883-7347**.

Ayuda en Otros Idiomas y para Personas con Deficiencias Auditivas

Si el inglés no es su idioma principal o si se siente más cómodo hablando en otro idioma, Servicio al Cliente puede ayudarle. Nuestros representantes de Servicio al Cliente hablan varios idiomas. Si no contamos con un representante de Servicio al Cliente que hable su idioma, tenemos intérpretes externos disponibles por teléfono. Llame a Servicio al Cliente también para obtener ayuda para encontrar un médico que hable su idioma.

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

Los miembros del San Francisco Health Plan que tienen impedimentos auditivos deben llamar al **1(415) 547-7830 (TDD)** o al número telefónico gratuito **1(888) 883-7347**.

2. Elección de su proveedor de atención primaria (PCP)

LEA LA SIGUIENTE INFORMACIÓN PARA ENTERARSE DE QUIÉN O DE QUÉ GRUPO DE PROVEEDORES PUEDE OBTENER ATENCIÓN MÉDICA.

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

Un *proveedor de atención primaria (PCP)* es su médico personal de *CHN*. Él o ella trabajará con usted para mantenerlo saludable. Su *PCP* forma parte de una *clínica* de *CHN*. Puede ser un médico familiar, un médico general o un *especialista* en medicina interna. Su *PCP* le proporcionará toda la atención médica básica, que incluye:

- exámenes regulares y servicios preventivos como exámenes de mujer sana, mamografías y exámenes de la próstata
- atención médica en caso de enfermedad o lesiones
- ayuda con problemas crónicos de la salud como asma, alergias o diabetes

¿Qué Tipo de Proveedor Puede ser un *PCP*?

Su *PCP* puede ser un médico que trabaje en:

- 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 mujeres embarazadas
- También hay disponibles como proveedores de atención primaria enfermeras especializadas, enfermeras obstétricas certificadas y médicos asistentes, siempre y cuando ejerzan su profesión con un médico de *SFHP*.

Uso del Directorio de Proveedores

El Directorio de Proveedores está disponible en inglés, español, chino y ruso.

Incluye la dirección y el número de teléfono de cada sitio de servicio (por ejemplo, la ubicación de Médicos de atención primaria (*PCP*), clínicas, farmacias y hospital).

También incluye el horario y los días de atención de cada uno, los servicios y beneficios disponibles, el número de teléfono para llamar después de las horas hábiles e identifica a los proveedores que no están aceptando pacientes nuevos.

Cómo elegir su proveedor de atención primaria (*PCP*)

Cuando se afilie a Healthy Workers HMO, le asignaremos una *clínica* de *CHN* que esté cerca de su residencia. Su *PCP* es la *clínica* a la que usted está asignado. Dos semanas después de su afiliación recibirá una tarjeta de identificación de miembro con el nombre y número de teléfono de la *clínica* para que llame y programe una cita. Puede programar una cita con un *PCP* de esa *clínica*, o puede seleccionar otra *clínica*. Utilice el Directorio de Proveedores de Healthy Workers HMO para ayudarse a seleccionar su *clínica*.

Llame a Servicio al Cliente al **1(415) 547-7800** (llamada local) o al **1(800) 288-5555** para cambiar su *clínica* o seleccionar un *PCP*.

Revise el Directorio de Proveedores de Healthy Workers HMO para elegir un *PCP* de la lista de proveedores. Encontrará los nombres de cada *PCP*, la dirección, el número de teléfono, la especialidad y los idiomas que habla.

Los *PCP* aparecen de dos maneras para ayudarle a encontrar uno que sea correcto para usted:

1. Alfabéticamente: si conoce el nombre del proveedor que desea consultar.
2. Por clínica: si conoce el nombre de la clínica.

Algunas cosas que debe considerar cuando elija un *PCP*:

- ¿Se encuentra el *PCP* cerca de su residencia o trabajo?
- ¿Es fácil llegar a la clínica del *PCP* utilizando el transporte público?
- ¿El *PCP* habla su idioma?

Cómo cambiar su proveedor de atención primaria (*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.

Se recomienda llamar antes del día 25 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 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.

¿Por qué podría un proveedor solicitar un cambio del *PCP* del Miembro?

1. Debilitamiento irreconciliable en la relación médico-paciente.
2. Agresión física y comportamiento violento por parte del miembro, incluidas amenazas y abuso verbal y físico.
3. Fraude por parte del miembro.
4. Falta de cumplimiento del plan de administración de la atención del *PCP*.
5. El miembro habitualmente utiliza proveedores que no están afiliados a *SFHP* para servicios que no son de emergencia sin las autorizaciones necesarias o sin comunicárselo al *PCP*.

Si su *PCP* se retira del *SFHP*

Le avisaremos si su proveedor se retira del *SFHP*. Le asignaremos otro proveedor o clínica si no podemos comunicarnos con usted por teléfono o por correo. Puede cambiar a su proveedor o clínica en cualquier momento al llamar a Servicio al Cliente al **1(415) 547-7800** (llamada local) o al **1(800) 288-5555**.

Cómo programar Citas con su Proveedor de Atención Primaria (*PCP*)

Para la mayoría de las necesidades de atención médica, consulte primero a su *PCP*. Su *PCP* o un médico de turno está disponible por teléfono las 24 horas del día, los 7 días a la semana. Su *PCP* se asegurará de que usted obtenga la atención médica que necesite, ya sea proporcionando tratamiento o refiriéndolo a un *especialista*.

El número de teléfono de su *clínica* aparece en su tarjeta de identificación de miembro. Si extravía su tarjeta de identificación de miembro, 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., para que le emitan una nueva tarjeta

3. Obtención de Atención Médica bajo su Nuevo Plan de Salud

Programe exámenes médicos regulares y atención de rutina

No espere hasta estar enfermo para consultar a su *PCP*. Programe una cita para someterse a una evaluación de salud (examen regular) en los primeros 120 días después de su inscripción. Su *PCP* le aconsejará sobre el mejor momento para programar sus citas de rutina y vacunas, dependiendo de su edad.

Cómo obtener una referencia médica

Su *PCP* proporciona atención médica general. Si necesita servicios más especializados, su *PCP* solicitará una referencia médica de *SFHP* para algunos servicios que pudiera necesitar. *SFHP* aprobará o denegará la solicitud con base en la necesidad médica. Debe obtener una referencia médica para atención especializada antes de hacer la cita. Su *PCP* comenzará el proceso de referencia por usted.

Los servicios que no requieren una referencia son:

- visitas al *PCP*
- servicios de emergencia
- visitas al ginecólogo/obstetra
- atención de la vista
- servicios de Salud Conductual
- segundas opiniones

Usted tiene derecho a solicitar una *segunda opinión* relacionada con el tratamiento médico, las cirugías o servicios de salud conductual y trastorno por uso de sustancias. Si desea una segunda opinión médica, infórmelo a su proveedor. Si solicita una segunda opinión acerca de la atención de su *PCP*, la segunda opinión deberá proporcionarla un profesional médico debidamente calificado que usted elija del mismo Grupo Médico. Si no existe un Proveedor participante dentro del Grupo Médico que esté debidamente calificado para tratar su afección u ofrecer una segunda opinión en su nombre, entonces el Plan debe autorizar una segunda opinión de un Profesional Médico Debidamente Calificado de otro Grupo Médico, o de ser necesario, fuera de la red de proveedores del Plan.

Si solicita una segunda opinión acerca de la atención de su especialista, la segunda opinión la deberá proporcionar cualquier Profesional de atención médica debidamente calificado de su elección, de cualquier grupo médico incluido en la red del Plan. Si no existe un Profesional médico debidamente calificado dentro de la red del Plan para proporcionar una opinión, entonces

el Plan deberá autorizar una segunda opinión de un Profesional médico debidamente calificado fuera de la red del Plan.

Si su condición es tal que usted enfrenta una amenaza inminente y grave a su salud, incluida, entre otras, la pérdida potencial de la vida, una extremidad u otra función corporal importante o la falta de oportunidad que sería dañina para su capacidad de recuperar la máxima función, se autorizará o denegará la segunda opinión de manera oportuna apropiada a la naturaleza de su condición, sin exceder las 72 horas a partir de que San Francisco Health Plan reciba su solicitud, siempre que sea posible. Si desea ayuda para obtener una *segunda opinión*, llame a Servicio al Cliente al **1(415) 547-7800** (llamada local) o al **1(800) 288-5555**, de lunes a viernes, 8:30 a. m. a 5:30 p. m.

Atención hospitalaria

Si está enfermo o herido, llame a su *PCP* si le es posible. Él o ella le atenderá, le hará una referencia médica a un especialista, o le enviará a San Francisco General Hospital.

Servicios de Salud Conductual

Los Servicios de Salud Conductual los proporciona Community Behavioral Health Services. Puede llamar a la Línea de Ayuda de acceso al Plan para obtener una referencia médica a un proveedor que pueda satisfacer mejor sus necesidades. Para tener acceso a la Línea de Ayuda, llame al **1(415) 255-3737** o al **1(888) 246-3333** (llamada gratuita) o al **1(888) 484-7200** (*TDD*).

Los beneficios de salud conductual incluyen atención para pacientes hospitalizados y para pacientes ambulatorios de la siguiente manera:

- Se cubre la Atención de Salud Conductual cuando es referida por su *PCP*. Un psiquiatra, psicólogo u otro asesor autorizado, o un profesional de atención conductual no certificado participante puede proporcionar este tratamiento. La atención de salud conductual para pacientes hospitalizados tiene cobertura para la fase aguda de una afección de salud conductual si la *autorizó* y realizó un profesional de la salud conductual participante.
- CBHS cubre la hospitalización parcial como paciente ambulatorio.

- Servicios por trastorno por uso de sustancias.

Consulte en las páginas 15, 26, y 38 para obtener más información sobre los Servicios de Salud Conductual cubiertos por *SFHP*.

Farmacia

Cuando necesite medicamentos, su *PCP* o el especialista al cual fue derivado(a), se los recetará. Para obtener los medicamentos, lleve la receta médica a una de las farmacias incluidas en la sección de Farmacias del Directorio de Proveedores de Healthy Workers HMO de San Francisco Health Plan y muéstrela su tarjeta de identificación de miembro al farmacéutico.

SFHP dispone de un formulario de medicamentos. El formulario de medicamentos es la lista de medicamentos que SFHP pagará. Usted puede solicitar información sobre si un medicamento específico está en el formulario llamando a SFHP Servicio al Cliente al **1(415) 547-7800** (llamada local) o al **1(800) 288-5555** (llamada gratuita).

Programas de educación de salud

Como *miembro de SFHP*, puede recibir materiales e información de educación de salud de manera gratuita. Llame a Servicio al Cliente para solicitar materiales sobre temas de salud en su idioma. También puede participar en programas selectos de educación para la salud sin costo. Llame a Servicio al Cliente al **1(415) 547-7800** (llamada local) o al **1(800) 288-5555** para obtener más información, o hablar con su *PCP* si le interesa saber acerca de programas disponibles para usted.

Para obtener información adicional, llame a Servicio al Cliente al **1(415) 547-7800** o al **1(800) 288-5555**, de lunes a viernes, de 8:30 a.m. a 5:30 p.m.

4. Servicios y cargos del plan de salud

Copagos

Además de su prima mensual, algunos servicios requieren pequeños pagos (*copagos*) al momento de recibir el servicio. No hay deducibles en el programa y no hay beneficios financieros máximos vitalicios para ninguno de los beneficios médicos con cobertura. Para obtener una descripción completa de sus

copagos, consulte la sección Resumen de Beneficios de este manual.

Cargos por Servicio Fuera de la Red

Los proveedores (médicos de *CHN*, *clínicas*, San Francisco General Hospital, proveedores de servicios de la vista, proveedores de salud mental y farmacias) que aparecen en el Directorio de Proveedores de Healthy Workers HMO trabajan con *SFHP* y se consideran proveedores de la red. Debe poder obtener atención médica apropiada en la red de proveedores de *SFHP*. Sin embargo, si ningún proveedor de *SFHP* está disponible para brindarle el servicio que necesita, su *PCP* le conseguirá una *autorización* para referirlo a un proveedor que no pertenezca a la red.

La atención de emergencia está cubierta en cualquier lugar de los Estados Unidos y no requiere *autorización* previa. Recuerde, **es posible que sea responsable del pago si obtiene servicios fuera de la red y no sigue el proceso de referencia**. Llame a Servicio al Cliente al **1(415) 547-7800** (llamada local) o al **1(800) 288-5555** si tiene alguna pregunta respecto a la red de proveedores de Healthy Workers HMO.

Resumen de Beneficios

Un cuadro de ayuda para comparar los beneficios de la cobertura

Este cuadro está diseñado para ayudarle a comparar los beneficios de la cobertura y es únicamente un resumen. Se debe consultar la Evidencia de Cobertura y el contrato del Plan para obtener una descripción detallada de los beneficios y las limitaciones de la cobertura.

Beneficios	Servicio con Cobertura	El miembro paga
Deducibles		Sin deducibles
Máximo vitalicio		Ilimitado
Servicios profesionales	Hospital autorizado, centro de enfermería especializada, centro de cuidados paliativos (centro de atención de enfermos terminales), instalación para salud conductual; clínica o visita médica en el hogar	Sin copago
Servicios para pacientes ambulatorios	Quimioterapia, diálisis, cirugía, anestesiología, radiación y cobro asociado del centro médicamente necesario	Sin copago
Servicios de hospitalización	Habitación y alimentación, atención general de enfermería y servicios auxiliares incluyendo sala de operaciones, unidad de cuidados intensivos, medicamentos con receta, laboratorio y radiología durante la permanencia en el hospital	Sin copago
Cobertura de atención de emergencia	Atención las 24 horas por enfermedad, lesión o afección súbita, grave e inesperada que requiera diagnóstico inmediato dentro y fuera del plan	Sin copago
Servicios de ambulancia	Transporte en ambulancia cuando sea médicamente necesario	Sin copago
Cobertura de medicamentos recetados	Los medicamentos recetados tienen cobertura de acuerdo con el Formulario de SFHP.	Copago de \$5 para medicamentos preferidos Copago de \$10 por receta para medicamentos no preferidos
Equipo médico duradero	Equipo adecuado para uso en el hogar, tal como monitores de glucosa en sangre, monitores de apnea, equipo y suministros relacionados con el asma	Sin copago
Servicios de Salud Conductual	Servicios para pacientes hospitalizados y pacientes ambulatorios que se proporcionan con referencia médica a través del departamento de salud conductual del condado. Consulte las páginas 13, 26 y 38 para obtener una lista detallada de los servicios.	Sin copago

Servicios por trastorno por uso de sustancias y dependencias a sustancias químicas	<ul style="list-style-type: none"> - Visitas para pacientes ambulatorios para intervención de crisis - Desintoxicación para pacientes hospitalizados, servicios por dependencia a sustancias químicas y uso de sustancias - Intervención en crisis y tratamiento de abuso de alcohol o drogas para pacientes ambulatorios, según sea médicamente necesario. <p>Consulte en la página 3 para obtener una lista detallada de los servicios por dependencias a sustancias químicas y servicios por trastorno por uso de sustancias para pacientes ambulatorios y pacientes hospitalizados.</p>	<p>\$0</p> <p>Sin copago</p>
Servicios de salud en el hogar	Atención especializada médicamente necesaria (no asistencial); Visitas al domicilio, fisioterapia, terapia ocupacional y del habla	Sin copago
Servicios/Dispositivos auditivos	Evaluaciones audiológicas, ayuda auditiva, materiales, visitas para acondicionamiento, orientación, ajustes, reparaciones	Sin copago
Exámenes de la vista/materiales Con cobertura de su Plan de Servicio Visual	Exámenes anuales para determinar la necesidad de lentes correctores	<p>\$10 por examen ocular</p> <p>\$25 para aros de menos de \$75 cada 24 meses (el Miembro es responsable por montos mayores de \$75)</p>
Servicios de diagnóstico de rayos X y laboratorio	Servicios radiológicos terapéuticos, ECG, EEG, mamografía, otras pruebas diagnósticas de laboratorio y radiología, pruebas de laboratorio para el tratamiento de la diabetes	Sin copago
Aparatos ortopédicos y protésicos	Aparatos ortopédicos y protésicos según los prescriban los proveedores del <i>SFHP</i>	Sin copago
Centros de enfermería especializada	Atención especializada médicamente necesaria; alojamiento y comidas; rayos X, laboratorio y otros servicios auxiliares; servicios sociales médicos; medicamentos, fármacos y suministros. Los servicios de enfermería especializada están cubiertos desde el día de admisión y están limitados a 100 días durante cualquier año de beneficios.	Sin copago

Centro de cuidados paliativos	Atención especializada médicamente necesaria; asesoría; medicamentos y suministros; atención hospitalaria a corto plazo para el manejo de sistema y control del dolor; servicios de asistencia por duelo; servicios para amas de casa; fisioterapias, terapias del habla y ocupacionales; servicios sociales médicos; atención de corto plazo y servicios de cuidados temporales para pacientes hospitalizados	Sin copago
Trasplantes	Trasplante de médula ósea y de órganos médicamente necesarios; gastos hospitalarios y médicos de un donante o posible donante; gastos de pruebas y cargos asociados con la obtención del órgano del donante	Sin copago
Hospitalización para terapia de rehabilitación	Terapia física, ocupacional y del habla	Sin copago
Terapia de rehabilitación ambulatoria	Terapia física, ocupacional y del habla según sea médicamente necesario	Sin copago
Educación de la salud	Materiales para la educación de salud	Sin copago (sin límites)

Evidencia de la cobertura

Los términos y condiciones de su plan de salud

5. Acerca del San Francisco Health Plan (SFHP)

San Francisco Health Plan es un plan autorizado de atención médica administrada (el Plan). No es un proveedor médico. Médicos independientes, clínicas, hospitales y otros proveedores del SFHP proporcionan todos los servicios de atención médica que los Miembros reciben. A cambio, el SFHP suscribe un contrato con su empleador, quien patrocina su atención médica. Estos contratos de grupo especifican cómo funciona el Plan y lo que cubre.

Usted tiene derecho a revisar este Manual antes de inscribirse. Lea completa y cuidadosamente la Evidencia de Cobertura (“EOC”) y el Resumen de Beneficios adjunto. Las personas con necesidades especiales de atención médica deben prestar especial atención a las secciones que aplican para ellos. 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 la EOC.

(Los Derechos y Responsabilidades del Miembro se abordan en el Manual Global).

6. Definiciones

Acuerdo de Grupo es el acuerdo entre San Francisco Health Plan y el empleador por medio del cual el Plan de salud administra, paga o coordina el pago de beneficios bajo el programa Healthy Workers HMO.

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

Afección crónica grave es una afección médica debida a una enfermedad, padecimiento u otro problema o trastorno médico de

naturaleza grave y que tiene una de las siguientes características:

- persiste sin curarse por completo o se empeora a lo largo de un período de tiempo; o
- requiere un tratamiento continuo para mantener la remisión o evitar el deterioro.

Afección Médica de Emergencia es una afección médica que se manifiesta por síntomas agudos de tal gravedad (incluido el dolor agudo o una molestia psiquiátrica) que podría esperarse que la ausencia de atención médica inmediata resulte en alguno de los siguientes: 1) poner la salud del paciente en serio peligro; 2) impedimento grave de las funciones corporales; 3) disfunción grave de cualquier parte u órgano del cuerpo. *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 la 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 tratamiento necesarios para aliviar o eliminar la *afección médica de emergencia* psiquiátrica dentro de las capacidades del centro.

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 un período que inicia a las 12:01 de la mañana del 1 de enero y finaliza a las 12:01 de la mañana del 1 de enero del siguiente año.

Aparatos Ortopédicos son los aparatos ortopédicos utilizados para dar apoyo, alinear, prevenir o corregir deformidades o para mejorar la función de las partes móviles del cuerpo.

Aparatos protésicos es una parte, aparato o dispositivo artificial utilizado para reemplazar una parte que haga falta en el cuerpo.

Arbitraje: una manera de solucionar problemas utilizando una tercera parte neutral. Para problemas que se resuelven por medio de arbitraje, el tercero escucha ambas posturas respecto al problema y toma decisiones que

ambas partes deben aceptar. Ambas partes ceden el derecho a un juicio por jurado o tribunal. Para obtener más información, lea "Arbitraje" en la sección "Ayuda para resolver problemas" en la página 52.

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

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

Atención de urgencia significa aquellos servicios con cobertura proporcionados para el tratamiento inmediato de una afección aguda inesperada que requiere atención médica oportuna pero que no requiere atención de emergencia.

Atención dental es cualquier servicio o aparato proporcionado usualmente por los dentistas o cirujanos orales (aparte del tratamiento de tumores de las encías), incluidos: rayos X dentales, higiene dental, incidente de hospitalización para ello; ortodoncia (servicios dentales para corregir irregularidades o mal encaje dentario por cualquier razón); cualquier procedimiento (por ejemplo, vestibuloplastía) con la intención de preparar la boca para dientes postizos o para un uso más cómodo de dientes postizos, implantes dentales (intraóseo, subperióstico o transóseo), tratamiento de encías, articulación mandibular, huesos de la mandíbula o cualquier otro servicio dental.

Atención en un Centro de cuidados paliativos es la atención proporcionada en un hogar por parte de un proveedor autorizado o certificado que está: 1) diseñado para proporcionar atención paliativa y de apoyo a personas con diagnóstico de una enfermedad terminal y quienes tienen una expectativa de vida de 12 meses o menos; 2) dirigido y coordinado por profesionales médicos y 3) autorizado por *SFHP*.

Atención para pacientes ambulatorios es el conjunto de servicios, bajo la dirección de un Proveedor de Atención Primaria, que no incurren en gastos durante la noche en el centro de salud en el que se proveen los servicios.

Autorización (Autorizado) es el requisito por el cual ciertos servicios deben ser aprobados por *SFHP* antes de prestarse.

Beneficios (Servicios con cobertura) son aquellos servicios, suministros y medicamentos médicamente necesarios que son beneficios del acuerdo de grupo en el que está inscrito el miembro y para el que el Grupo médico es un proveedor contratado.

Centro de enfermería especializada es un centro autorizado por el Departamento de Salud del Estado de California como un "Centro de enfermeras especializada". Un Centro de enfermería especializada puede ser una parte autorizada como Centro de enfermería especializada 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.

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

Custodia es la atención que no requiere los servicios regulares de médicos capacitados o profesionales de la salud y que está diseñada principalmente para ayudar en las actividades de la vida diaria que incluyen pero no se limitan a ayudarles a caminar, acostarse y levantarse, bañarse, vestirse, preparar y proporcionar dietas especiales y supervisar los medicamentos que generalmente son autoadministrados.

De naturaleza experimental o de investigación incluye cualquier tratamiento, terapia, procedimiento, medicamento o uso de los mismos, centro de salud o uso del mismo, equipo o uso del mismo, dispositivo o uso del mismo o suministros que los estándares médicos profesionales generalmente aceptados no reconocen como seguras y efectivas para utilizar en el tratamiento de la enfermedad, lesión o afección médica en cuestión. Los servicios que requieren la aprobación del gobierno federal, de cualquier agencia del mismo o de cualquier dependencia del gobierno estatal, antes de ser utilizados

y donde dicha aprobación no haya sido otorgada en el momento en que los servicios o suministros fueron prestados, se considerarán de naturaleza experimental o de investigación. 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 ser utilizados en pruebas, ensayos u otros estudios en pacientes humanos, serán considerados de naturaleza experimental o de investigación.

Directorio de Proveedores es el directorio de todos los proveedores contratados por *SFHP* para proveer servicios a sus miembros.

Discapacidad es una lesión, una enfermedad o una afección. Todas las lesiones sufridas en cualquier accidente se consideran una Discapacidad; todas las enfermedades que existen de forma simultánea, las cuales se deben a la misma causa o a las causas relacionadas, serán consideradas una discapacidad; si cualquier enfermedad se debe a las mismas causas o están relacionadas con las causas de alguna enfermedad previa, la enfermedad subsiguiente se considerará una continuación de la discapacidad previa y no una discapacidad independiente.

Discapacidad total es:

- En el caso de un Miembro o Dependiente empleado, una discapacidad que impide que la persona trabaje (en exceso del permiso de ausencia por enfermedad permitido para dicha persona) con continuidad razonable en el empleo habitual de la persona o en cualquier otro empleo a que la persona razonablemente pueda dedicarse, en vista de la situación de vida y capacidad física y mental de la persona.
- En caso de un Dependiente que no tenga empleo, una discapacidad que impida que la persona se dedique de forma normal o con continuidad razonable a sus actividades usuales o a aquellas que razonablemente podría esperarse que desempeñara, en vista de la situación de vida y capacidad física y mental de la persona.

Empleado es una persona que ha sido empleada por el grupo empleador y que cumple con todos los requerimientos de elegibilidad, tal como se describen en el Acuerdo de Grupo.

Empleador está definido en el acuerdo de grupo con San Francisco Health Plan.

Enfermedad mental grave se define como esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo, trastorno bipolar, trastorno depresivo mayor, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno profundo del desarrollo o autismo, anorexia nerviosa y bulimia nerviosa.

Enfermedad seriamente debilitante significa una enfermedad o afección que ocasiona una morbilidad mayor irreversible.

Enfermo terminal significa una expectativa de vida de doce meses o menos después del diagnóstico de una enfermedad terminal.

Equipo Médico Duradero (DME) es el equipo médico diseñado para uso repetido durante un período prolongado; no se considera desechable, con la excepción de las bolsas de ostomía; ordenado por un profesional médico autorizado que actúa dentro del alcance de su licencia; diseñado para el uso exclusivo de la persona inscrita; no duplica la función de otro equipo o dispositivo con cobertura de la aseguradora para el miembro; generalmente no son útiles para una persona que no esté enferma o lesionada; sirve principalmente un propósito médico; y es adecuado para el uso en el hogar.

Especialista es un médico distinto de un Proveedor de Atención Primaria que tiene un acuerdo con *SFHP* o con un Grupo Médico para proporcionar servicios a los miembros referidos por un Proveedor de Atención Primaria.

Evidencia de Cobertura y Formulario de Autorización de Divulgación (EOC) es la Evidencia de Cobertura y el Formulario de Autorización de Divulgación combinados que describe su cobertura y beneficios.

Exclusión es cualquier tratamiento médico, quirúrgico, hospitalario u otro para el cual el programa no ofrece cobertura.

Las circunstancias apremiantes surgen cuando un afiliado tiene una condición de salud que podría poner gravemente en peligro su vida, su salud o su capacidad de recuperar su función máxima o cuando un afiliado se somete a un

curso de tratamiento actual usando un medicamento que no se incluye en el formulario.

Formulario de medicamentos es una lista de medicamentos recetados de marca y genéricos aprobados para cobertura y disponibles sin autorización previa del *SFHP*. La presencia de un medicamento recetado en el formulario no garantiza que su médico se lo recetará para una afección específica.

Grupo médico significa la red de salud comunitaria, que es el grupo médico con el cual está asociado el proveedor de atención primaria del miembro para suministrar beneficios a los miembros de *SFHP* y con la cual está relacionado *SFHP* por contrato.

Hospital es un centro de salud autorizado y acreditado que principalmente se dedica a proporcionar (para compensación de los pacientes) centros médicos, de diagnóstico y de cirugía, atención y tratamiento de miembros que estén enfermos y lesionados, hospitalizados y a proporcionar estos centros de salud bajo la supervisión de un equipo de médicos y servicio de enfermería las 24 horas del día, con enfermeras registradas.

No incluye un centro que sea principalmente un hogar de descanso, hogar de reposo u hogar para ancianos. Tampoco incluye ninguno de las siguientes:

- un hospital psiquiátrico autorizado como centro de salud acreditado por la Comisión Conjunta de Acreditación de Organizaciones de Atención Médica (Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations); o
- un centro de salud autorizado y que principalmente se dedica al tratamiento de alcoholismo y abuso de sustancias acreditado por la Comisión Conjunta de Acreditación de Organizaciones de Atención Médica; o
- Un centro de atención psiquiátrica según lo define la Sección 1250.2 del Health and Safety Code (Código de Salud y Seguridad).

Hospital SFHP es un hospital autorizado bajo las leyes estatales que aplican, específicamente contratado por *SFHP* para proveer beneficios a los miembros de *SFHP*.

Medicamento necesarios son servicios médicos que se han establecido como seguros y efectivos, se proporcionan de acuerdo con normas reconocidas profesionalmente aceptadas generalmente para tratar una enfermedad o lesión, y las cuales, según las determina el *SFHP*, son consistentes con los síntomas o diagnósticos; no se proporcionan principalmente para la conveniencia del paciente, el Proveedor de Atención Primaria que le 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.

Medicamento no incluido en el Formulario es un medicamento que no está incluido en el Formulario de Medicamentos del DPH y que requiere una autorización de DPH para tener cobertura.

Medicamentos no preferidos son medicamentos que aparecen en el Listado de medicamentos del DPH que requieren la satisfacción de criterios clínicos específicos antes de que sean proporcionados a través del DPH. Los medicamentos preferidos pueden ser sustituidos por medicamentos no preferidos, si un Miembro no cumple con los criterios clínicos específicos que indican la necesidad médica de la sustitución de un medicamento no preferido.

Medicamentos preferidos son medicamentos en el Formulario de Medicamentos de DPH que están disponibles para un miembro con una receta médica. Los Miembros no deben cumplir criterios clínicos adicionales para recibir medicamentos preferidos. Consulte la definición de medicamentos no preferidos para obtener una descripción adicional del Formulario del DPH.

Miembro es una persona que tiene derecho a recibir beneficios según el acuerdo de grupo.

Paciente hospitalizado es una persona admitida en un hospital como paciente con una cama asignada y que recibe beneficios bajo la dirección de un proveedor de atención primaria

Plan de salud se refiere al San Francisco Health Plan.

Plan significa San Francisco Health Plan.

Prima significa la contribución que se requiere del miembro según los términos del acuerdo de grupo.

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

Profesional de la salud es una persona que tiene una autorización o certificado adecuado para proporcionar servicios de atención médica en el Estado de California. Profesionales Médicos incluye, pero no se limita a: psicólogos, podiatras, terapeutas físicos, terapeutas del habla, terapeutas ocupacionales, optometristas, dentistas y técnicos de laboratorio.

Profesional médico debidamente calificado es un médico de atención primaria o un especialista, u otro profesional de la salud, que actúa dentro del alcance de su práctica profesional y que posee antecedentes clínicos, que incluyen capacitación y experiencia, relacionadas con una enfermedad, padecimiento, condición o afecciones particulares relacionadas con la solicitud de una segunda opinión.

Programa es el Programa Healthy Workers HMO.

Proveedor cancelado significa un proveedor cuyo contrato con *SFHP* ha sido cancelado. El proveedor terminado puede incluir un médico individual, un grupo médico o un hospital.

Proveedor de atención primaria es un médico general, un médico familiar, un internista, un obstetra/ginecólogo, una enfermera especializada o un médico asistente asociado con un médico o pediatra contratado quien trabaja bajo contrato con *SFHP* o un grupo médico que trabaja como Proveedor de atención primaria para proporcionar la atención primaria a los miembros y para referir, autorizar, supervisar y coordinar el suministro de todos los beneficios a los miembros, conforme al acuerdo de grupo y esta *EOC*.

Proveedor es un médico, hospital, centro de enfermería especializada u otro profesional de la salud autorizado, centro de salud autorizado o agencia de salud en el hogar autorizada.

Proveedor no participante es un proveedor que no ha sido contratado por el *SFHP* para brindar servicios a los miembros.

Proveedor participante es un médico, profesional de la salud, proveedor de salud institucional u otro proveedor de servicios de atención médica o suministros que tiene un

acuerdo vigente y ejecutado, directa o indirectamente, con *SFHP* para proporcionar servicios con cobertura a los Miembros.

Que pone en peligro la vida significa una o ambas de las siguientes:

- Enfermedades o afecciones en las que la probabilidad de muerte es alta, a menos que se interrumpa el curso de la enfermedad.
- Enfermedades o afecciones con resultados potencialmente fatales, donde el objetivo final de la intervención clínica es la supervivencia.

Reclamo es una expresión escrita o verbal de insatisfacción relacionada con el plan o con el proveedor, que incluye problemas relacionados con la calidad de la atención y puede incluir una queja, disputa, solicitud de reconsideración o apelación realizada por usted o por su representante. Cuando el plan no pueda distinguir entre un reclamo y una consulta, se debe considerar como un reclamo.

Referencia médica vigente es una derivación a un especialista que permite al miembro visitar a ese especialista de manera repetitiva para continuar el tratamiento de una afección que pone en peligro la vida, es degenerativa o discapacitante.

Segunda opinión es una consulta adicional con otro proveedor de atención primaria que no es el proveedor de atención primaria escogido por el miembro o con un especialista al cual fue referido antes de la programación de ciertos servicios.

Servicio de atención médica en disputa significa cualquier servicio de atención médica solicitado elegible para cobertura y pago según el acuerdo de grupo y esta Evidencia de la cobertura, que haya sido denegado, modificado o postergado por una decisión del Plan de salud o retrasado por una decisión del Plan de salud, o por uno de sus proveedores participantes, en su totalidad o en parte, debido a una determinación de que el servicio no es médicamente necesario

Servicios cubiertos (Beneficios) consulte Beneficios.

Servicios de emergencia es la detección, exploración y evaluación por parte de un médico, o de otro personal adecuado, hasta

donde lo permitan la leyes aplicables, bajo la supervisión de un médico, para determinar si existe una afección médica de emergencia o trabajo de parto activo y, si lo hubiera, la atención, el tratamiento y la cirugía por parte de un médico que sean necesarios para aliviar o eliminar la afección médica de emergencia, dentro de las capacidades del centro. Servicios de emergencia también es cualquier detección, exploración y evaluación adicional por parte de un médico o de otro personal, hasta donde lo permitan la 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 tratamiento necesarios para aliviar o eliminar la afección médica de emergencia psiquiátrica dentro de las capacidades del centro.

Servicios de rehabilitación es la atención proporcionada principalmente para restaurar la capacidad de una persona para funcionar tan normalmente como le sea posible después de una enfermedad o lesión discapacitante. Los Servicios de Rehabilitación pueden consistir del uso combinado de modalidades de tratamiento médico, social, educativo, ocupacional/ vocacional y que se proporcionan con la expectativa de que el paciente tiene potencial de restauración y logrará una mejoría significativa en un tiempo razonable.

Servicios de Salud Conductual es psicoanálisis, psicoterapia, asesoría, administración médica u otros servicios comúnmente proporcionados por un psiquiatra, psicólogo, trabajador social clínico autorizado o terapeuta matrimonial, familiar e infantil u otro profesional de salud mental o paraprofesional autorizado por la ley para el diagnóstico o tratamiento de enfermedades mentales o emocionales o de problemas mentales o emocionales asociados con una enfermedad, lesión o cualquier otra condición.

Tratamiento de salud conductual:

Servicios profesionales y programas de tratamiento que incluyen programas de análisis conductual aplicado e intervención conductual basados en la experiencia, que desarrollan o restablecen, hasta donde sea posible, el funcionamiento de los trastornos generalizados del desarrollo o el autismo, y que cumplen con los siguientes criterios:

- a. El tratamiento lo receta un médico o un psicólogo certificado de conformidad con la legislación de California;
- b. El tratamiento se proporciona de acuerdo a un plan de tratamiento recetado por un proveedor de servicios calificados para el autismo (qualified autism service, QAS) y lo administra un proveedor de QAS, un profesional de QAS o un paraprofesional de QAS supervisado y empleado por un profesional de QAS;
- c. El plan de tratamiento tiene metas cuantificables desarrolladas y aprobadas por el proveedor de QAS, este se revisa cada seis meses y se modifica si es necesario; y
- d. El plan de tratamiento no se usa para proporcionar ni para hacer reembolsos por servicios de cuidados temporales, cuidados infantiles, servicios educativos ni por la participación en el programa de tratamiento.

Consulte las páginas 13, 15, 22, y 38 para obtener más información.

Servicios hospitalarios para pacientes

ambulatorios son los servicios proporcionados en un hospital, cualquier otro centro autorizado adecuado, o en cualquier centro adecuado para el cual la ley no exige que tenga certificación, si los profesionales que brindan tales servicios tienen licencia para ejercer, están certificados o ejercen bajo la autoridad de *SFHP*, un Grupo Médico o una asociación de prácticas individuales u otra autoridad certificada por las leyes adecuadas de California.

SFHP significa San Francisco Health Plan.

Terapia del habla es el tratamiento bajo la dirección de un proveedor de atención primaria y proporcionado por un patólogo del habla o terapeuta del habla autorizado.

Terapia física es tratamiento bajo la dirección de un proveedor de atención primaria y proporcionado por un terapeuta físico autorizado, un terapeuta ocupacional autorizado o por un médico autorizado para servicios de podología, quien puede utilizar agentes físicos para mejorar los sistemas musculoesquelético, neuromuscular y respiratorio.

Terapia ocupacional es el tratamiento bajo la dirección de un proveedor de atención primaria, proporcionado por un terapeuta ocupacional certificado 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 un tratamiento bajo la dirección de un médico y proporcionado por un terapeuta respiratorio capacitado y certificado, para preservar o mejorar la función pulmonar de un paciente.

Trabajo de parto activo es una situación cuando no hay suficiente tiempo para trasladarla de manera segura a otro hospital antes del parto, o cuando el traslado pueda representar una amenaza a la salud y seguridad, tanto suya como del niño nonato.

Trastorno emocional grave en un niño se definirá como un niño que 1) tiene uno o más trastornos mentales, como se identifican en la edición más reciente del Manual Estadístico y de Diagnóstico de Trastornos Mentales, que no sea un trastorno por abuso de sustancias primarias o un trastorno del desarrollo, que resulta en un comportamiento inadecuado para la edad del niño conforme a las normas esperadas de desarrollo y 2) que cumple con los criterios del párrafo 2) de la subdivisión a) de la Sección 5600.3 del Código de Bienestar e Instituciones.

7. Selección de Proveedores de Atención Primaria y Centros

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

A. Proveedores de atención primaria independientes y profesionales médicos/centros

Los Proveedores de atención primaria y otros profesionales médicos proporcionan todos los servicios de atención médica a los que tiene derecho. El *SFHP* no es un proveedor médico. Estos Proveedores de atención primaria, grupos médicos, hospitales, y otros profesionales médicos no son empleados ni agentes del *SFHP*.

El área de servicio del *SFHP* es la Ciudad y el Condado de San Francisco. Para obtener información más detallada acerca de su selección de proveedores y centros, consulte su Directorio de proveedores de Healthy Workers HMO que enumera los proveedores participantes de quienes puede recibir servicios de atención médica. Llame a Servicio al Cliente al **1(415) 547-7800** o al **1(800) 288-5555** si no tiene un Directorio de Proveedores.

B. Selección de un proveedor de atención primaria

Los Miembros de Healthy Workers HMO deben tener un Proveedor de atención primaria y se les alienta a seleccionar un Proveedor de atención primaria al momento de la afiliación. El Proveedor de Atención Primaria puede ser un médico, un enfermero(a) especializado(a) o un médico asistente que trabaja estrechamente con un proveedor del *SFHP*. Para asegurar el acceso a los servicios, el Proveedor de atención primaria que seleccione debe estar en un radio de 30 millas de su hogar o trabajo. Si no selecciona un Proveedor de Atención Primaria al momento de la afiliación, *SFHP* le asignará uno. Esta designación permanecerá vigente hasta que seleccione su propio Proveedor de Atención Primaria.

Todos los Proveedores de Atención Primaria están afiliados a la Red de salud comunitaria (Community Health Network). La Red de Salud Comunitaria (*CHN*) utiliza solo aquellos especialistas y profesionales médicos que trabajan con *CHN*. El hospital que utiliza *CHN* es el San Francisco General Hospital.

A menos que tenga una afección médica de emergencia, debe comunicarse con su Proveedor de atención primaria para todas sus necesidades de atención médica, incluyendo servicios preventivos, problemas rutinarios de salud, consultas con especialistas y hospitalización. Para recibir los servicios médicos con cobertura del *SFHP*, el Proveedor de atención primaria y el *SFHP* deben coordinar y autorizar su atención médica. El Proveedor de Atención Primaria y el *SFHP* son responsables de coordinar y dirigir todas sus necesidades de atención médica, hacer referencias a especialistas y otros proveedores (incluyendo hospitales) y de proporcionar la autorización requerida necesaria para obtener los servicios. El Proveedor de Atención Primaria también

recetará análisis de laboratorio, rayos X y otros servicios médicamente necesarios.

C. Cambio de Proveedor de Atención Primaria

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. Se recomienda llamar antes del día 25 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 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.

Si su *PCP* interrumpe su participación con el *SFHP*, le avisaremos y le ayudaremos a seleccionar un nuevo *PCP*.

D. Programación de citas

Toda la atención médica que no es de emergencia se coordina por medio de su Proveedor de atención primaria. Los Miembros nuevos deben llamar a su Proveedor de atención primaria para programar una visita inicial una vez se afilien. Las citas de rutina también se deben programar con su Proveedor de atención primaria. En caso de tener que cancelar una cita programada, debe hacerlo por lo menos con 24 horas de anticipación siempre que sea posible.

E. Una relación positiva con su proveedor de atención primaria

A fin de ayudar a su Proveedor de Atención Primaria a proporcionarle todos los servicios médicamente necesarios y profesionalmente apropiados de manera compatible con sus deseos, es importante que usted y su Proveedor de atención primaria mantengan una relación proveedor-paciente de cooperación. Si no se puede mantener una relación de cooperación y profesional, el *SFHP* le ayudará a seleccionar otro Proveedor de atención primaria.

Por ejemplo, su Proveedor de Atención Primaria puede considerar el rechazo de los procedimientos y tratamientos recomendados como una situación que es incompatible con favorecer una relación proveedor-paciente y con el suministro de atención médica adecuada. Él o ella puede solicitar que se le asigne a otro

Proveedor de atención primaria. Además, un Proveedor de atención primaria o grupo médico puede rehusar aceptarlo como paciente si anteriormente se terminó su relación médico-paciente con justificación. En estos casos, Servicio al Cliente le ayudará a seleccionar otro Proveedor de Atención Primaria.

8. Cómo utilizar el San Francisco Health Plan

A. Autorización de Servicios

En esta Evidencia de Cobertura, utilizamos las palabras “autorizar” o “autorización” para referirnos al requisito de obtener la aprobación del *SFHP* para recibir servicios de atención médica referidos por su Proveedor de atención primaria antes de que se proporcionen dichos servicios.

Nota: Excepto por los servicios proporcionados por su Proveedor de Atención Primaria y los Servicios de Emergencia, todos los servicios de atención médica deben ser autorizados antes de la fecha en que se proporcionan los servicios. Si los servicios no están autorizados antes de que se proporcionen, no serán servicios con cobertura, incluso si los servicios son necesarios.

El Proveedor de Atención Primaria, en su nombre, obtendrá cualquier autorización necesaria del *SFHP*, pero siempre es su responsabilidad comunicarse con su Proveedor de atención primaria para obtener referencias apropiadas para los servicios con cobertura que no proporciona el Proveedor de atención primaria. Por favor tenga en cuenta que una referencia médica del Proveedor de Atención Primaria no garantiza la cobertura de estos servicios. Las disposiciones de elegibilidad, beneficios, exclusiones y limitaciones descritas en esta Evidencia de la cobertura aplicarán, sean o no estos servicios referidos por su Proveedor de atención primaria.

B. Atención médica de emergencia

Una *afección médica de emergencia* significa una afección médica o una afección médica psiquiátrica que se manifiesta por medio de síntomas agudos de suficiente gravedad, incluyendo dolor grave como para que la ausencia de atención médica inmediata diera como resultado uno de los siguientes: poner la

salud del miembro en riesgo grave, o en el caso de una mujer embarazada, la salud de su hijo nonato; impedimento serio de las funciones corporales; disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo; o trabajo de parto activo, lo que significa que el trabajo de parto puede ocurrir en un momento cualquiera en que:

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

Afección médica de emergencia psiquiátrica es un trastorno mental con síntomas agudos de suficiente gravedad 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.

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 comunicarse con su *proveedor de atención primaria* antes de obtener los servicios. Sin embargo, deberá avisarle a su *proveedor de atención primaria* en las siguientes 24 horas después de haber recibido la 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 prestados en el caso de que el miembro haya creído razonablemente tener una emergencia, incluso si posteriormente *SFHP* determina que en realidad no se trató de una emergencia. Si usted recibe servicios no *autorizados* en una situación en la que el Plan de salud determine que no era razonable creer que se tratara de una emergencia, usted será responsable de los costos de dichos servicios.

Post-estabilización:

Atención post-estabilización y de seguimiento después de una emergencia. Una vez que su afección médica de emergencia se haya estabilizado, su proveedor de atención médica puede considerar que usted requiere servicios adicionales médicamente necesarios, antes de que sea seguro darle de alta. Si el hospital no pertenece a la red de proveedores contratados del San Francisco Health Plan, el hospital se comunicará con su grupo médico asignado o con el San Francisco Health Plan para obtener la autorización oportuna para estos servicios de post-estabilización. Si el San Francisco Health Plan determina que se le puede trasladar de manera segura a un hospital contratado por el plan y usted no autoriza el traslado, el hospital debe proporcionarle aviso por escrito indicando que usted tendrá que pagar el 100% del costo de los servicios proporcionados, después de que la condición de emergencia se haya estabilizado. Además, si el hospital no puede determinar su nombre e información de contacto en el San Francisco Health Plan, con el propósito de solicitar autorización previa para los servicios una vez que usted se haya estabilizado, es posible que le cobre a usted dichos servicios.

SI CONSIDERA QUE LE COBRARON INDEBIDAMENTE LOS SERVICIOS QUE RECIBIÓ DE UN PROVEEDOR NO CONTRATADO, COMUNÍQUESE AL SAN FRANCISCO HEALTH PLAN AL **1(415) 547-7800** O AL **1(800) 288-5555**

C. Atención de urgencia o después de horario normal o en fines de semana

Si se siente enfermo, tiene fiebre o algún 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 de urgencia pero no verdaderas emergencias son aquellos que usualmente pueden esperar de 24 a 48 horas para recibir tratamiento sin empeorar. Llame a su *proveedor de atención primaria* si tiene una necesidad médica de

urgencia. Su *proveedor de atención primaria* le indicará qué hacer.

Siempre debe visitar a su médico para recibir atención o debe llamarlo si tiene preguntas, pero a veces no es posible comunicarse con su médico durante el día o fuera del horario regular. Cuando esto suceda, llame 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 si fuera necesario y más.

La *atención de urgencia* recibida mientras se encuentre fuera del *área de servicio* es un beneficio con cobertura. Si usted se encuentra fuera del área y se enferma, pero no se trata de una emergencia, llame a su *PCP* para determinar qué hacer, de serle posible. Recuerde llevar consigo su *tarjeta de identificación* de miembro. El teléfono de su *PCP* aparece en su tarjeta para ayudarle.

D. Atención de seguimiento después de servicios de emergencia o atención de urgencia.

Su *proveedor de atención primaria* deberá coordinar la atención de seguimiento que reciba después de recibir *servicios de emergencia o atención de urgencia*. Si usted necesita atención de seguimiento después de haber recibido *servicios de emergencia o atención de urgencia*, debe llamar a su *proveedor de atención primaria* para que pueda coordinar la atención que usted necesite. Su *proveedor de atención primaria* puede examinarle o referirle con un *especialista* que pueda proporcionarle el tipo de atención que usted necesita. Si recibe atención de seguimiento después de recibir *servicios de emergencia o atención de urgencia* de cualquier *proveedor que no sea un proveedor participante* y el *SFHP* no ha *autorizado* los servicios, usted podría ser responsable por el costo de dichos servicios. Comuníquese con su proveedor de atención primaria *después de recibir* servicios de emergencia o *atención de urgencia* para determinar qué debe hacer.

E. Referencias médicas a especialistas

Los miembros se refieren a especialistas según sea médicamente necesario y según lo determine el Proveedor de Atención Primaria del miembro. El Proveedor de Atención Primaria debe referirle con un especialista para todos los servicios autorizados, médicamente necesarios y con cobertura no proporcionados directamente por el Proveedor de Atención Primaria.

Generalmente será referido a un especialista que está afiliado al mismo grupo médico que su Proveedor de Atención Primaria, pero puede ser derivado 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 ningún Proveedor Participante esté disponible para realizar el servicio necesario, el Proveedor de Atención Primaria lo referirá a un proveedor que no pertenece al *SFHP* para que reciba los servicios después de obtener la autorización.

F. Servicios que no requieren referencia médica

Los servicios que no requieren una referencia son:

- Servicios del *PCP*
- Visitas al ginecólogo/obstetra
- Servicios de emergencia
- Atención de la vista
- Servicios de Salud Conductual

Nota: Con la excepción de los servicios del *PCP*, visitas de gineco-obstetricia, servicios de emergencia, atención de la vista o servicios de salud conductual, para todos los servicios con cobertura que no sean proporcionados directamente por su proveedor de atención primaria, incluidos especialistas, hospital de *SFHP*, laboratorios y rayos X, primero debe comunicarse con su proveedor de atención primaria y obtener autorización para dichos servicios. En consulta con usted, el proveedor de atención primaria designará al especialista, hospital del *SFHP* u otro proveedor de quien se recibirán los servicios.

G. Acceso directo a ginecobstetras

Puede buscar servicios obstétricos y ginecológicos con cobertura directamente de un especialista que sea obstetra o ginecólogo, directamente de un Proveedor de atención primaria que sea médico y cirujano general o directamente de un enfermero(a)

profesional que sea designado(a) por el *SFHP* que proporciona servicios ginecológicos y obstétricos sin la referencia médica de un Proveedor de Atención Primaria. El *SFHP* debe autorizar los servicios con cobertura recomendados o referidos por estos Proveedores de Atención Primaria, aparte de la visita al consultorio, en la medida en que lo permiten los servicios con cobertura.

H. Referencias médicas vigentes a especialistas

Usted puede recibir una referencia médica vigente a un especialista, o a uno o más especialistas, de acuerdo con un plan de tratamiento de su Proveedor de atención primaria desarrollado en consulta con el especialista. La referencia médica vigente debe ser aprobada por el *SFHP* y puede limitar el período que se autorizan las visitas o requerir que el especialista proporcione al Proveedor de Atención Primaria informes periódicos sobre la atención médica que se proporciona. Esta referencia médica vigente (sujeta a limitaciones de tiempo y de visitas) le permite consultar al especialista repetidas veces para seguir con el tratamiento de un problema continuo o de afecciones que ponen en peligro la vida, degenerativas o discapacitantes.

I. Segundas opiniones

Para asegurar que usted reciba servicios de atención médica adecuados y necesarios, el *SFHP* le permite obtener una segunda opinión. Si usted solicita una segunda opinión acerca de la atención de su *PCP*, la segunda opinión deberá ser proporcionada por un Profesional Médico debidamente Calificado que usted elija del mismo grupo médico. Si no existe un proveedor participante dentro del grupo médico que esté debidamente calificado para tratar su afección u ofrecer una segunda opinión en su nombre, entonces el Plan debe autorizar una segunda opinión de un Profesional Médico Debidamente Calificado de otro grupo médico, o de ser necesario, fuera de la red de proveedores del Plan.

Si solicita una segunda opinión acerca de la atención de su especialista, la segunda opinión la deberá proporcionar cualquier Profesional de atención médica debidamente calificado de su elección, de cualquier grupo médico incluido en la red del Plan. Si no existe un Profesional médico debidamente calificado dentro de la red del Plan para proporcionar una opinión,

entonces el Plan deberá autorizar una segunda opinión de un Profesional médico debidamente calificado fuera de la red del Plan.

Las solicitudes de segundas opiniones serán autorizadas de forma rápida. En casos de urgencia o de emergencia, se autorizará una segunda opinión en cuanto sea posible, de acuerdo con la buena práctica profesional y cuando sea posible, en menos de 72 horas. La atención de seguimiento que se proporciona después de una segunda opinión la proporcionarán los Proveedores Participantes siempre que sea posible.

J. Responsabilidad de pago del Miembro

Los miembros son financieramente responsables de los copagos según se indica en el Resumen de Beneficios. Sin embargo, en ningún caso, durante cualquier año calendario, deberá pagar más de la cantidad del copago anual máximo establecido en el Resumen de Beneficios. Los copagos por beneficios que no proporciona el *SFHP* (como su plan dental) no se incluyen en el cálculo de este máximo anual.

Excepto por cualquier copago aplicable, usted no es financieramente responsable de los servicios proporcionados por sus Proveedores de Atención Primaria. Para todos los demás servicios que sean beneficios del *SFHP*, los Miembros no son financieramente responsables de los costos de dichos servicios, aparte de los copagos correspondientes, si los servicios son referidos por el Proveedor de Atención Primaria y se ha obtenido autorización.

Los servicios que son beneficios del *SFHP*, pero que no han sido autorizados, no tendrán cobertura del *SFHP* y serán su responsabilidad financiera, a menos que dicho servicios sean Servicios de Emergencia, según lo define el *SFHP*.

Los servicios que no son beneficios de *SFHP* según el Programa de beneficios del *SFHP* son su responsabilidad financiera, aun si su Proveedor de Atención Primaria le hace una referencia para dichos servicios.

No existen máximos de beneficios anuales ni vitalicios en el Programa Healthy Workers HMO.

9. Beneficios del *SFHP*

El *SFHP* cubre los beneficios descritos en esta sección siempre que dichos servicios se obtengan como se describe en la autorización de servicios. Consulte el Resumen de Beneficios para obtener su Programa de beneficios. Los copagos por estos servicios también se mencionan en la sección Resumen de beneficios de este Manual.

A. Información Importante

Los servicios tienen cobertura como beneficios de *SFHP* únicamente si son médicamente necesarios y se le proporcionan como Miembro de *SFHP*. Las decisiones de autorizar, modificar o denegar servicios se basan en la determinación de la Necesidad Médica congruente con los criterios y 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. La determinación de Necesidad Médica estará sujeta a apelación según los procedimientos descritos en "Procedimientos de Reclamos y Apelaciones". Es su responsabilidad como Miembro, notificar a *SFHP* sobre cualquier denegación de servicio de parte de su Proveedor de Atención Primaria o Grupo Médico si desea que *SFHP* revise dicha determinación. Sujetos a referencia médica por el Proveedor de Atención Primaria, autorización, copagos que aplican y a todos los demás términos, limitaciones y exclusiones de esta Evidencia de Cobertura, incluidos los enumerados en "Exclusiones y Limitaciones" los siguientes beneficios tienen cobertura del *SFHP* cuando sean Médicamente Necesarios:

B. Servicios Profesionales

Visitas al consultorio del Proveedor de Atención Primaria para evaluación, diagnóstico y tratamiento de una afección médica, enfermedad o lesión, incluyendo visitas al consultorio del Especialista a quien se hizo la referencia, consultas o Segundas Opiniones; cirugía en el consultorio con copago aplicable; radioterapia y quimioterapia para pacientes ambulatorios. Además, los servicios profesionales incluyen:

- pruebas y tratamiento de alergias; visitas al consultorio con el propósito de realizar pruebas y tratamientos de alergias, incluyendo inyecciones y sueros para alergias;
- medicamentos inyectables; las visitas al consultorio para la administración de medicamentos inyectables y su uso para la afección aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) tienen cobertura para el tratamiento Medicamento Necesario de afecciones médicas cuando los receta un Proveedor de Atención Primaria y son autorizados de acuerdo con las normas del *SFHP*;
- detección, diagnóstico y tratamiento de cáncer de seno.
- detección de fenilcetonuria (Phenylketonuria, PKU) y tratamiento de la PKU.
- servicios de un médico en un hospital o centro de enfermería especializada para exámenes, diagnóstico, tratamiento y consulta, incluyendo los servicios de un cirujano, cirujano asistente, anesthesiólogo, patólogo y radiólogo; los servicios profesionales para pacientes hospitalizados tienen cobertura solo cuando son autorizados y el Proveedor de atención primaria ha referido los servicios del hospital o centro de enfermería especializada.

C. Servicios de diagnóstico de laboratorio y rayos X

Servicios radiológicos terapéuticos y de diagnósticos, y otros servicios de diagnóstico, que pueden incluir, entre otros: electrocardiogramas, encefalogramas y mamografías. Cualquier radiología aparte de los rayos X, si es Medicamento Necesario, debe ser referida por el Proveedor de Atención Primaria del miembro o especialista tratante y debe ser autorizada por el *SFHP*.

D. Servicios médicos preventivos

Los servicios médicos preventivos deben incluir, bajo la supervisión de un médico:

- exámenes periódicos y razonables de evaluación de salud;
- varios servicios de planificación familiar voluntaria;
- atención prenatal;
- pruebas de detección de enfermedades venéreas, que incluyen las pruebas de VIH;
- exámenes de citología en términos periódicos razonables;
- servicios de educación y promoción de la salud proporcionados por el *SFHP*. Llame a Servicio al Cliente al **1(415) 547-7800** o al **1(800) 288-5555** para obtener información sobre las clases actuales disponibles; y
- detección y diagnóstico de todos los tipos de cáncer; examen anual para la detección de cáncer cervical incluyendo la prueba convencional de Papanicolaou y la opción de cualquier examen para detección de cáncer cervical aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos al ser referidos por el Proveedor de Atención Primaria.

E. Servicios hospitalarios

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

- Los servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados son servicios hospitalarios generales a corto plazo, que incluyen:
- una habitación semiprivada con muebles y equipo usuales;
- alimentos (incluidas dietas especiales según sea médicamente necesario);
- atención de enfermería general y enfermería especializada según sea médicamente necesario;
- uso de sala de operaciones, salas de tratamiento especial, sala de parto, sala para recién nacidos e instalaciones relacionadas.
- unidad y servicios de cuidados intensivos;
- medicamentos, fármacos y productos biológicos;
- servicios de anestesia y oxígeno;
- servicios diagnósticos de laboratorio y rayos X;

- fisioterapia y servicios terapéuticos y de rehabilitación según sea médicamente apropiado;
- terapia respiratoria;
- administración de sangre, productos de sangre, incluyendo el costo de procesamiento de sangre dentro del hospital;
- planificación de alta coordinada, incluida la planificación de la continuación de la atención según sea médicamente necesario, y como un medio para evitar la posible rehospitalización temprana;
- las admisiones como paciente hospitalizado por el abuso de alcohol y sustancias para la desintoxicación médicamente necesaria;
- duración de la estadía por mastectomía como paciente hospitalizado. La duración de la estadía en el hospital asociada con una mastectomía o disección de nódulo linfático se debe determinar en consulta con el médico y el cirujano tratantes del miembro; y
- duración de la estadía por maternidad como paciente hospitalizado. Consulte la sección Atención del Embarazo y Maternidad.

F. Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios (Servicios de Atención Ambulatoria)

Los servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios incluyen:

- laboratorio, rayos X y principales servicios diagnósticos y de tratamiento;
- servicios de fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional según sea médicamente apropiado; y
- servicios hospitalarios que incluyen pero no se limitan a cirugía para pacientes ambulatorios, que se puede proporcionar razonablemente de manera ambulatoria.

G. Servicios de rehabilitación a corto plazo

Servicios de rehabilitación neuromuscular a corto plazo, incluyendo terapia física, ocupacional, del habla y de inhalación para el tratamiento de afecciones agudas o de la fase aguda de afecciones crónicas, según sea médicamente necesario.

Los servicios de rehabilitación neuromuscular después del período de dos meses están cubiertos solo si el proveedor de atención primaria del Miembro y el grupo médico del *SFHP*, de acuerdo con los procedimientos establecidos por el *SFHP*, determinan que dicha terapia es médicamente necesaria.

H. Atención del embarazo y la maternidad

Visitas al consultorio del Proveedor de Atención Primaria postnatal y prenatal y parto, los cuales son Servicios Hospitalarios y profesionales Médicamente Necesarios, que incluyen atención prenatal y postnatal y atención de complicaciones del embarazo; exámenes al recién nacido y atención de enfermería mientras la madre está hospitalizada. Estos servicios son proporcionados al recién nacido por el *SFHP* solo dentro de los primeros 31 días después del nacimiento.

Los servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados son proporcionados para partos vaginales y cesáreas y para complicaciones o afecciones médicas derivadas del embarazo o parto. La duración de la estadía del paciente en el hospital se basa en la condición de la madre.

El plan no restringe la atención hospitalaria al paciente hospitalizado a menos de 48 horas después de un parto vaginal normal y menos de 96 horas después de una cesárea. Sin embargo, la cobertura de la atención al paciente hospitalizado puede ser por un período menor de 48 a 96 horas si se cumplen las siguientes dos condiciones:

- la decisión del alta la toma el médico tratante en consulta con la madre;
- y el médico tratante programa una visita de seguimiento para la madre y el recién nacido dentro de 48 horas posteriores al alta.

Existen servicios de enfermera obstétrica disponibles para los Miembros que buscan atención obstétrica. La enfermera obstétrica que elija debe estar asociada con el proveedor de atención primaria del Miembro y contratada por el plan de salud.

I. Planificación familiar

Asesoría de planificación familiar;

Dispositivos anticonceptivos con receta médica como diafragmas y accesorios (no incluye Norplant);

- aborto;
- ligadura de trompas;
- vasectomía; y
- Métodos anticonceptivos hormonales (píldoras orales, anillo vaginal e inyección) que se incluyen cuando los receta su proveedor o directamente de la farmacia.

En caso de una afección médica de emergencia, se puede obtener anticoncepción de emergencia directamente con un farmacéutico participante o con un proveedor no participante.

J. Servicios por 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.

K. Servicios de atención médica en el hogar

Los servicios de atención médica en el hogar son la provisión de servicios médicos especializados por parte de proveedores autorizados contratados por el *SFHP*, a un Miembro confinado en su casa, cuando sea médicamente necesario. Un Miembro confinado a su hogar es aquel que no puede salir debido a una afección médica, excepto con esfuerzo y asistencia considerables.

Los servicios de atención médica en el hogar se proporcionan de acuerdo con un plan de tratamiento de salud en el hogar médicamente necesario y autorizado. Excepto por un asistente médico en el hogar, cada visita de un representante de una agencia de salud en el hogar debe considerarse una visita de atención médica. Una visita de cuatro horas o menos de un asistente médico en el hogar se debe considerar una visita de salud en el hogar. Según lo autorizado, las visitas de salud en el

hogar incluyen un máximo de cuatro visitas al día con cada visita de no más de dos horas de duración para un máximo de ocho horas. Cada visita de una enfermera, enfermera vocacional u otro profesional médico o terapeuta (distinto de un proveedor de atención primaria), aún si dura menos de dos horas, como mínimo cuenta como una visita.

Los servicios de atención médica en el hogar incluyen servicios diagnósticos y terapéuticos que se pueden proporcionar razonablemente en el hogar. Los servicios de atención médica en el hogar deben ser proporcionados bajo la atención y supervisión directa del proveedor de atención primaria y dentro del área de servicio de *SFHP*.

Los beneficios de salud en el hogar incluyen:

Visitas al hogar periódicas y de tiempo parcial para que una agencia de salud en el hogar proporcione los servicios calificados de estos proveedores profesionales:

- enfermera registrada;
- enfermera vocacional autorizada;
- fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, terapeuta del habla o terapeuta respiratorio;
- asistente médico certificado en el hogar en conjunto con los servicios anteriores.

Servicios sociales médicos proporcionados por un trabajador social médico autorizado para consulta y evaluación; en conjunto con los servicios profesionales prestados por una agencia de atención médica en el hogar, suministros médicos y medicamentos administrados por la agencia de salud en el hogar necesarios para el plan de tratamiento de atención médica en el hogar y con los servicios farmacéuticos y de laboratorio relacionados, en la médica en que dichos servicios hubiesen sido proporcionados si el Miembro hubiera estado hospitalizado:

visitas al hogar por un proveedor del *SFHP*;

equipo médico duradero médicamente necesario.

Bajo ninguna circunstancia el *SFHP* proporcionará atención médica en el hogar para servicios que no sean servicios especializados. No están cubiertos los servicios que son de naturaleza asistencial (atención asistencial) o que puedan ser debidamente proporcionados

por un familiar sin especialidad o sin licencia. Esta limitación no aplica a los servicios de los centros de cuidados paliativos.

L. Atención en centro de cuidados paliativos

El *SFHP* también proporciona cuidados paliativos a sus Miembros con enfermedades terminales por medio de visitas periódicas al domicilio del Miembro por parte de personal con licencia de cuidados paliativos, contratado por el *SFHP*.

Cuando lo ordena un Proveedor de Atención Primaria, los Beneficios del Centro de Cuidados Paliativos incluyen servicios, atención de enfermería, servicios sociales médicos, servicios de atención médica en el hogar; medicamentos, suministros médicos y aparatos, servicios de consejería y asistencia por duelo y de asesoría, Fisioterapia/Terapia Ocupacional/del Habla; servicios de cuidados temporales y amas de casa.

M. Servicios de atención médica de emergencia

Los Servicios de Emergencia con Cobertura son cualquier servicio que proporciona una sala de emergencia para atender una afección médica de emergencia, incluyendo exámenes psiquiátricos, exámenes, evaluaciones y tratamiento por un médico calificado. La atención de seguimiento de 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.

Si se lesiona o enferma repentinamente, y razonablemente cree que la afección médica es una afección médica de emergencia, debe llamar al 911 y dirigirse a la sala de emergencia del hospital más cercano para solicitar ayuda. Muestre su tarjeta de identificación de Miembro al personal del hospital y pídale que notifiquen a su proveedor de atención primaria acerca de su afección médica.

Si no es médicamente posible avisar a su proveedor de atención primaria antes de recibir los servicios de emergencia, debe avisar por teléfono a su proveedor de atención primaria, a más tardar 24 horas después del inicio de los servicios de emergencia, o tan pronto como le sea médicamente posible.

N. Hospitalización de emergencia.

Si se admite a un miembro en un Hospital de *SFHP* como resultado de una afección médica de emergencia y ese hospital no lo utiliza el grupo médico del Proveedor de Atención Primaria, el Plan de salud puede elegir trasladarle al hospital que utiliza el grupo médico de su Proveedor de Atención Primaria. Esta transferencia ocurrirá cuando sea médicamente seguro efectuarla. Cualquier servicio proporcionado por el hospital después del momento en que el Plan de Salud le haya notificado al Miembro y al hospital al cual el Miembro fue admitido, que la transferencia es médicamente segura no es un servicio con cobertura, y podría ser la responsabilidad financiera del hospital no afiliado.

O. Servicios de emergencia fuera de la red

SFHP proveerá atención en un hospital que no pertenezca al plan solo mientras la afección médica del miembro no permita el traslado a un hospital del Plan en el área de servicio de *SFHP*, conforme fuere aprobado por el plan, sujeto a los copagos correspondientes enumerados en el Resumen de Beneficios. La continuación de la atención o la atención de seguimiento no autorizada, después de que la emergencia inicial haya sido tratada en un hospital que no pertenezca al plan o por un proveedor que no pertenezca al plan no es un servicio con cobertura.

P. Servicios de Ambulancia

Servicios de ambulancia de emergencia.

El transporte de ambulancia al hospital más cercano que pueda proporcionar los servicios necesarios está cubierto solo si el transporte era razonablemente necesario para que el Miembro recibiera los servicios de emergencia para una afección médica de emergencia.

Q. Servicios de ambulancia no de emergencia.

1. El transporte de un miembro en ambulancia cuando no sea una emergencia de un hospital a otro hospital o centro; o de un centro al hogar cuando sea:
 - médicamente necesario, y
 - solicitado por un Proveedor de Atención Primaria; y
 - autorizado por anticipado.

2. Otros Servicios de transporte médico

Cubrimos una furgoneta para sillas de ruedas o una furgoneta para camilla, si:

- El transporte por parte de un proveedor de *SFHP* es una necesidad médica y
- El transporte se requiere para llegar al consultorio de un proveedor o a un centro de *SFHP* para obtener servicios con cobertura.

Exclusiones: No cubrimos:

- El transporte en automóvil, taxi o autobús, aun si es la única forma de llegar al consultorio de un proveedor de *SFHP*.

El transporte no médico.

R. Tratamiento de encías

- Los servicios profesionales y de hospital proporcionados por afecciones de los dientes, encías o articulaciones y huesos de la mandíbula, incluyendo los tejidos adyacentes son un beneficio cubierto únicamente en la medida que estos servicios sean:
 - proporcionados para el tratamiento de tumores de las encías;
 - proporcionados para el tratamiento de daño en los dientes naturales ocasionado únicamente por una lesión accidental. Este beneficio no incluye daño a los dientes naturales, que no sea por un accidente.
 - Tratamiento médico del síndrome de la articulación temporomandibular que no es quirúrgico y es médicamente necesario; (TMJ)
 - tratamiento quirúrgico y artroscópico de la TMJ si el historial muestra que un tratamiento médico conservador ha fracasado;
 - Cirugía para reposicionar la mandíbula superior o inferior que sea médicamente necesaria para corregir una deformidad esquelética.
 - Este Beneficio NO incluye:

- servicios que generalmente proporcionan los dentistas y cirujanos orales, incluyendo hospitalización;
- ortodoncia (servicios dentales para corregir irregularidades o mala oclusión de los dientes) por cualquier razón;
- cualquier procedimiento (por ejemplo, vestibuloplastía) que se hace con el propósito de preparar la boca para el uso de dentaduras postizas o el uso más cómodo de dentaduras postizas;
- implantes dentales (intraóseo, subperióstico o transóseo).

S. Servicios de cirugía plástica y reconstructiva

- Los Servicios de Cirugía Reconstructiva están limitados a lo siguiente: cirugía reconstructiva para restaurar y lograr la simetría y la cirugía realizada para corregir o reparar las estructuras anormales del cuerpo ocasionadas por defectos congénitos, anomalías del desarrollo, trauma, infección, tumores o enfermedades para realizar cualquiera de lo siguiente:
 1. mejorar la función
 2. crear una apariencia normal, en la medida de lo posible.

Incluye la cirugía reconstructiva para restaurar y lograr simetría debido a una mastectomía.

Exclusión: cirugía cosmética realizada para alterar o darle forma nuevamente a las estructuras normales del cuerpo a fin de mejorar la apariencia.

T. Estudios clínicos de cáncer

- Los costos de atención de rutina a pacientes relacionados con la participación del Miembro en una prueba clínica de cáncer. El Miembro debe ser diagnosticado con 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 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. Administración Federal de Alimentos y Medicamentos;
 3. Departamento de Defensa de EE. UU.; o
 4. 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:
 - Medicamentos, artículos, dispositivos y servicios que de otra manera serían un beneficio cubierto según el Plan si dichos medicamentos, artículos, dispositivos y servicios no se proporcionaran en relación con un programa de estudio clínico aprobado.
 - Los costos rutinarios de atención de los pacientes NO incluyen:
 - un medicamento o dispositivo que no haya sido aprobado por la FDA federal;
 - servicios que no sean servicios de atención médica, como viajes, alojamiento, gastos de acompañante y otros gastos no clínicos;
 - cualquier artículo o servicio proporcionado exclusivamente para satisfacer las necesidades de recolección y análisis de datos y que no se utilice en el manejo 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 Workers HMO.

U. Medicamentos recetados

- Cuando necesite medicamentos, su PCP o el especialista al cual fue derivado(a), se los recetará. Para obtener los medicamentos, lleve la receta médica a una de las farmacias incluidas en la sección de Farmacias del Directorio de Proveedores de Healthy Workers HMO de San Francisco Health Plan y muéstrela su tarjeta de identificación de miembro al farmacéutico.
- SFHP dispone de un formulario de medicamentos. El formulario de medicamentos es la lista de medicamentos que SFHP pagará. Usted puede solicitar información sobre si un medicamento específico está en el formulario llamando a SFHP Servicio al Cliente al **1(415) 547-7800** (llamada local) o al **1(800) 288-5555** (llamada gratuita). Incluso si un medicamento aparece en el formulario de medicamentos de SFHP, su médico podría optar por no recetarlo para una enfermedad en particular.
- Si sus medicamentos no están incluidos en el Formulario de SFHP, su proveedor debe presentar un formulario de autorización previa a SFHP. SFHP revisará la solicitud y decidirá si usted puede usar un medicamento no incluido en el formulario.
- Después, SFHP debe consultar con el médico del miembro que receta, y de conformidad con los estándares de práctica reconocidos profesionalmente, determinar el suministro de medicamentos que autoriza. El Formulario de SFHP incluye medicamentos de marca y medicamentos genéricos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) federal. El formulario también incluye

medicamentos preferidos y no preferidos.

- Los copagos son menores para los medicamentos preferidos.
- Si su médico receta un medicamento no Preferido y determina que el medicamento preferido equivalente no se puede sustituir, usted solo debe pagar el copago del medicamento preferido. El médico debe solicitar específicamente que no se hagan sustituciones al escribir “no lo sustituya” en el formulario de su receta médica.
- Cubrimos medicamentos, materiales y suplementos cuando son médicamente necesarios y están cubiertos por el plan de beneficios de SFHP. Los siguientes artículos están cubiertos cuando los receta un proveedor de SFHP.
- Los medicamentos con receta médica que son médicamente necesarios, incluidos inyectables, suplementos nutritivos y fórmulas para el tratamiento de fenilcetonuria (PKU) se cubrirán cuando los recete un proveedor de atención primaria o especialista que actúe dentro del ámbito de su licencia.
- La cobertura incluye agujas y jeringas cuando estas sean médicamente necesarias para la administración del medicamento inyectable cubierto.
- Las vitaminas prenatales y los suplementos de flúor están cubiertos únicamente si son médicamente necesarios y necesitan receta médica.
- Medicamentos de marca: suministro para 30 días para la mayoría de los medicamentos; suministro para 90 días de anticonceptivos aprobados por la FDA; dispositivos anticonceptivos aprobados por la FDA ; medicamentos que se usan para tratar condiciones crónicas, como diabetes, depresión, presión arterial alta, asma, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (COPD);
- Medicamentos genéricos: suministro para 90 días para la mayoría de los medicamentos; suministro para 30 días para medicamentos analgésicos opiáceos, como Hydrocodone-Acetaminophen, Morphine Sulfate,

Oxycodone-Acetaminophen, Fentanyl, Hydromorphone y más.

- Suministros médicos
- Hasta 100 días de suministros de prueba para diabéticos, como tiras de prueba, lancetas, agujas, jeringas
- Medicamentos para ayudarle a dejar de fumar
- **Recuerde: Debe obtener estos medicamentos y artículos de una farmacia de SFHP.

Exclusión: Las recetas de medicamentos y fármacos que no han recibido la aprobación por parte de la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) federal para ser comercializados están excluidos. Sin embargo, la cobertura de medicamentos y fármacos que han recibido la aprobación de la FDA para ser comercializados para uno o más usos no será denegada con base en que están siendo recetados para un uso distinto al indicado en la etiqueta si se cumplen las siguientes condiciones:

- El medicamento está aprobado por la FDA;
- El medicamento es recetado por un proveedor del Plan para tratar una condición que pone en peligro la vida o para una afección crónica o gravemente debilitante;
- El medicamento es médicamente necesario para tratar la afección; y
- El medicamento está reconocido para el tratamiento de afecciones que amenazan la vida o que son crónicas y gravemente debilitantes por uno de los siguientes:
 - The American Medical Association Drug Evaluations,
 - The American Hospital Formulary Service Drug Information,
 - The United States Pharmacopoeia Dispensing Information, Volume 1,
 - O en dos artículos de revistas médicas importantes con arbitraje que presenten datos que apoyen el uso propuesto del medicamento no indicado en la etiqueta, como generalmente seguro y efectivo, a

menos que exista evidencia contradictoria, clara y convincente presentada en una revista médica importante con arbitraje.

Proceso de Autorización Previa de Farmacia

El médico que receta el medicamento, su asistente o el farmacéutico pueden completar el formulario de Autorización previa (PA) de SFHP. Puede encontrar el formulario de Autorización previa en el sitio web de SFHP, en www.sfhp.org.

El farmacéutico o la persona que receta el medicamento puede presentar la solicitud a SFHP de tres formas:

- Solicitudes estándar: Solicitud estándar por fax a PerformRX al **1(855) 811-9330**
- Solicitudes urgentes: **1(855) 811-9331**
- Solicitudes por teléfono: **1(888) 989-0091**
- Solicitudes por la web: El proveedor puede presentar una solicitud en línea a través del portal del proveedor
- El farmacéutico y/o el Director Médico de SFHP revisan las autorizaciones previas y deciden si aprueban, deniegan o modifican la solicitud o solicitar más información al médico. El farmacéutico o el Director Médico de SFHP toman la decisión final de denegar o modificar la solicitud, o solicitar más información al médico.
- Si la solicitud está completa, las solicitudes estándar se revisan en un plazo de 72 horas y las solicitudes urgentes se revisan en un plazo de 24 horas hábiles.
- Las solicitudes que no se puedan leer o que no incluyan toda la información necesaria pueden demorar más. Si se aprueba la autorización previa, se envía un mensaje por fax a la persona que envió el formulario de autorización previa y el reclamo lo cubrirá SFHP. Si la autorización previa se deniega, modifica o si se necesita información adicional, SFHP le enviará una carta a usted y al proveedor que emitió la receta y/o PCP. Esta carta incluye el motivo por el cual SFHP tomó la decisión. Además, incluimos instrucciones sobre

cómo presentar una apelación en caso usted no esté de acuerdo con la denegación o con el medicamento o tratamiento alternativo.

- Si usted no está de acuerdo con la denegación o modificación de SFHP a una solicitud de medicamento no incluido en el formulario, puede presentar una apelación ante SFHP. SFHP enviará su caso a una organización de revisión independiente para su revisión. Una organización de revisión independiente no está afiliada ni trabaja para SFHP. La organización de revisión independiente decidirá si SFHP debe cubrir el medicamento no incluido en el formulario con base en la necesidad médica. SFHP le notificará a usted y al médico que escribe la receta sobre su decisión en un plazo máximo de 72 horas. Si existen circunstancias apremiantes, SFHP le notificará a usted y al médico que escribió la receta en un plazo máximo de 24 horas.

V. Formulario de medicamentos

Los proveedores de SFHP pueden recetar una variedad de medicamentos con receta médica descritos en la Lista de medicamentos del SFHP. El Formulario de SFHP es una lista de medicamentos que ha sido aprobado por nuestro Comité de Farmacia y Terapéutica (P&T) para nuestros miembros. El Formulario de SFHP se desarrolla y revisa frecuentemente, cada trimestre, y el Comité de P&T de SFHP lo actualiza.

El Comité de P&T:

- Selecciona medicamentos para la lista utilizando factores como qué tan seguro es el medicamento y cuán efectivo es;
- Se reúne cada tres meses para determinar si es necesario agregar o retirar medicamentos de la lista;
- Realiza cambios a la lista si hay nuevos datos acerca de un medicamento o si hay un nuevo medicamento

Las directrices de nuestro formulario de medicamentos establecen que:

- Pueden aplicarse límites a los agentes que figuran en el formulario. Algunos ejemplos incluyen límites en la edad del

miembro, la cantidad del medicamento y la dosis (tableta, líquido, cápsula, crema).

Si usted prueba los medicamentos que se incluyen en el formulario y los medicamentos no cumplen con sus necesidades médicas, SFHP podría autorizar el uso de un medicamento no incluido en el formulario.

Usted puede obtener medicamentos que no están en la lista del formulario si SFHP o una organización de revisión independiente determina que el medicamento es medicamento necesario.

Debe participar en un programa de educación para la salud para algunas afecciones.

Debe utilizar la forma genérica del medicamento de marca cuando el medicamento genérico esté disponible a menos que un motivo médico documentado prohíba el uso de la versión genérica o si no ya no existe el medicamento de marca.

Puede obtener una copia del Formulario de SFHP si llama a Servicio al Cliente al **1(415) 547-7800** o al **1(800) 288-5555**, de lunes a viernes, de 8:30 a. m. a 5:30 p. m. También puede ver el Formulario de medicamentos de SFHP en línea en **www.sfhp.org**. Excepto por lo descrito en esta Evidencia de Cobertura, solo los medicamentos con receta que aparezcan en el Formulario de Medicamentos del SFHP están cubiertos. La presencia de un medicamento en el Formulario no garantiza que su proveedor le recetará ese medicamento. Un medicamento con receta médica que no esté incluido en el Formulario de SFHP, sin embargo, se cubrirá si:

- Si su proveedor determina que el medicamento recetado que no está incluido en el Formulario de medicamentos es medicamento necesario (y SFHP autoriza el medicamento recetado no incluido en el formulario); o
- El medicamento recetado no incluido en el formulario ya fue aprobado previamente por SFHP para tratar su afección médica y su proveedor de atención primaria continúa recetándole ese medicamento para su afección médica, siempre que el medicamento recetado no incluido en el formulario sea recetado adecuadamente y se considere

seguro y eficaz para tratar su afección médica.

- El medicamento recetado no incluido en el formulario está aprobado por la Food and Drug Administration (FDA) federal como medicamento nuevo bajo investigación o está clasificado como un medicamento para el tratamiento del cáncer del grupo C según el National Cancer Institute para usarse solo para los fines autorizados por la FDA o el National Cancer Institute.

W. 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 incluyendo 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: 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, reparación de un aparato auditivo más de una vez en un período de 36 meses y dispositivos auditivos implantados quirúrgicamente.

X. Atención de Salud Conductual

- Los beneficios de Salud conductual se proporcionan por medio del Plan Comunitario de Salud Conductual (CBHS). Los miembros deben llamar a la Línea de Ayuda de Acceso de CBHS para solicitar una referencia a un proveedor de salud mental o a un consejero especialista en tratamiento por abuso de sustancias. También pueden recibir una referencia médica

para CBHS de su médico o del plan. La línea de ayuda de acceso de CBHS es **1(415) 255-3737** (llamada local), **1(888) 246-3333** (llamada gratuita), **1(888) 484-7200** (TDD).

Los beneficios de Salud conductual incluyen los siguientes:

- Salud Mental para Pacientes Hospitalizados
- Hospitalización en camas para afecciones psiquiátricas agudas y subagudas/camas para afecciones psiquiátricas en Centros de Enfermería Especializada
- Atención para pacientes hospitalizados en un centro de salud autorizado
- Tratamiento en el hogar
- Salud Mental para Pacientes Ambulatorios:
- Visitas al consultorio de salud mental
- Tratamiento intensivo para pacientes ambulatorios
- Se proporciona hospitalización parcial a través de CBHS como servicio para pacientes ambulatorios, visitas como paciente ambulatorio, incluidas las terapias individuales y de grupo, y psicoterapia
- Pruebas psicológicas
- Intervención en crisis de Salud Mental
- Tratamiento de Salud Conductual para PDD/autismo

Programas de aprendizaje y desarrollo personal para proporcionar el tratamiento médicamente necesario para PDD o autismo, no está excluido. Servicios que no son de emergencia, hospitalización para pacientes hospitalizados, referencias a especialistas para servicios como paciente hospitalizado, hospitalización parcial, tratamiento de salud conductual para PDD/autismo y tratamiento en el hogar.

No se requiere autorización previa para servicios por abuso de sustancias, visitas al consultorio de salud mental, visitas como paciente ambulatorio, pruebas psicológicas e intervención en crisis de salud mental.

- Consulte las páginas 13, 15, 22, y 24 para obtener información detallada.

Y. Enfermedad mental grave

- *SFHP* cubre los diagnóstico y el tratamiento médicamente necesario de una Enfermedad Mental Grave (SMI) Perturbación Emocional Grave (SED) de un miembro para las siguientes condiciones: Se cubre: esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo, trastorno bipolar, trastorno depresivo mayor, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno de pánico, trastorno generalizado del desarrollo o autismo, anorexia nerviosa y bulimia nerviosa. La cobertura para afecciones definidas como Enfermedad Mental Grave incluye atención médica para pacientes hospitalizados, atención médica para pacientes ambulatorios, servicios parciales de hospitalización, servicios profesionales y medicamentos con receta médicamente necesarios.

El tratamiento para el autismo está cubierto como Tratamiento de salud conductual: Servicios Profesionales y programas de tratamiento que incluyen programas de análisis conductual aplicado e intervención conductual basados en la experiencia, que desarrollan o restablecen, hasta donde sea posible, el funcionamiento de los trastornos generalizados del desarrollo o autismo, y que cumplen con los siguientes criterios:

- a. El tratamiento lo receta un médico o un psicólogo certificado de conformidad con la legislación de California;
- b. El tratamiento se proporciona de acuerdo a un plan de tratamiento recetado por un proveedor de servicios calificados para el autismo (QAS) y lo administra un proveedor de QAS, un profesional de QAS o un paraprofesional de QAS supervisado y empleado por un profesional de QAS;
- c. El plan de tratamiento tiene metas cuantificables desarrolladas y aprobadas por el proveedor de QAS, este se revisa cada seis meses y se modifica si es necesario; y
- d. El plan de tratamiento no se usa para proporcionar ni para hacer reembolsos por servicios de cuidados temporales, cuidados

infantiles, servicios educativos ni por la participación en el programa de tratamiento.

Z. Servicios por trastorno por uso de sustancias

- Servicios para Pacientes Ambulatorios:
- El programa intensivo para pacientes ambulatorios para el trastorno por uso de sustancias, incluye el tratamiento por alcoholismo.
- Se cubren los beneficios para dependencia de sustancias químicas, desintoxicación y alcoholismo para pacientes ambulatorios. Las visitas al consultorio por trastorno por uso de sustancias incluye las visitas y la terapia por dependencia de sustancias químicas.
- Servicios para pacientes hospitalizados:
- Los servicios de desintoxicación y los servicios por dependencia de sustancias químicas para pacientes hospitalizados están cubiertos para servicios hospitalarios médicamente necesarios para pacientes hospitalizados, solo para el tratamiento médico de alcoholismo agudo y desintoxicación.
- Se requiere autorización previa para los servicios para el trastorno por uso de sustancias para pacientes hospitalizados.

AA. Equipo Médico Duradero

Equipo médico duradero (*DME*) son los aparatos prostéticos, aparatos ortopédicos, oxígeno y equipo de oxígeno, limitado a equipo y dispositivos que:

- están diseñados para uso repetido por un período prolongado;
- no se considera desechable, con la excepción de las bolsas de ostomía;
- los solicita un profesional médico autorizado actuando dentro del ámbito de su licencia;
- se diseñaron para el uso exclusivo del afiliado;
- no duplican la función de cualquier otra pieza de equipo o dispositivo cubierto por la aseguradora para el afiliado;

- generalmente no son útiles para una persona que no esté enferma o lesionada;
- principalmente sirve un propósito médico; y
- son apropiados para su uso en el hogar.
- La reparación o reemplazo médicamente necesarios de *DME*, aparatos protésicos y aparatos ortopédicos están cubiertos como beneficio cuando los prescribe un proveedor de atención primaria o los solicita un profesional médico autorizado que actúa dentro del ámbito de su licencia o, cuando no son provocados por mal uso o pérdida.

BB. Beneficios de trasplante de órganos humanos

- Los trasplantes de órganos humanos, incluyendo gastos médicos y hospitalarios razonables de un donante o de una persona identificada como posible donante, si los gastos están directamente relacionados con el trasplante, aparte del trasplante de córnea, estarán sujetos a las siguientes restricciones:
- Evaluación previa a la operación, cirugía y atención de seguimiento se debe proporcionar en los centros que han sido designados por la aseguradora participante como centros que tienen capacidades y recursos documentados, compromiso y registro de resultados favorables que califican a los centros para proporcionar dicha atención.
- El comité de selección de pacientes de los centros designados selecciona a los pacientes y después quedan sujetos a una autorización.
- Solo están cubiertos los medicamentos contra el rechazo, productos biológicos y otros procedimientos que han sido establecidos como seguros y efectivos y que ya no están en investigación.

CC. Materiales, equipo y servicios para el tratamiento o control de la diabetes

- Suministros, equipo y servicios para el tratamiento o control de la diabetes incluso cuando dichos artículos, pruebas

y servicios estén disponibles sin receta, incluidos:

- materiales y equipos como:
 - insulina,
 - jeringas,
 - lancetas,
- bombas para insulina y todos los suministros necesarios relacionados,
- tiras reactivas para pruebas de cetona en orina para diabetes tipo I,
- medidores de glucosa en la sangre y
- tiras reactivas para pruebas de medidor de glucosa en sangre en cantidades médicamente apropiadas para:
 - la supervisión y el tratamiento de diabetes dependiente de insulina
 - la supervisión y el tratamiento de diabetes no dependiente de insulina
 - la supervisión y el tratamiento de diabetes gestacional
- programas de educación de la diabetes
- pruebas de laboratorio adecuadas para el manejo de la diabetes, incluyendo como mínimo colesterol, triglicéridos, microalbuminuria, HDL/LDL y hemoglobina A-1C (glucohemoglobina) y
- examen de retina mediante dilatación pupilar
- Además, los siguientes artículos con receta médica están cubiertos si se determina que son médicamente necesarios:
 - insulina,
 - medicamentos con receta médica para el tratamiento de la diabetes,
 - glucagón.

DD. Servicios de Centros de enfermería especializada

- Atención en centro de enfermería especializada de corto plazo y que se proporciona en un centro de enfermería especializada o una cama con atención de enfermería especializada en un

hospital de atención aguda, limitado a un máximo de cien (100) días en cada año de beneficios.

EE. Cirugía de cambio de sexo

SFHP solamente cubre el cambio de sexo anatómico cuando se trata de la conversión quirúrgica del pene o de la vagina. El *SFHP* no cubre otros tipos de cirugía de reasignación, ni los procedimientos relacionados, tales como la feminización facial o del cuello y el aumento o reducción de los senos. Estos procedimientos se consideran cosméticos y, por lo tanto, no son un beneficio con cobertura.

FF. Reembolso de reclamos por servicios de emergencia

- Si el *miembro* recibió *servicios de emergencia* e incurrió en gastos por dichos servicios, el *miembro* debe presentar a *SFHP* un reclamo completo con el registro de los servicios para recibir el pago en un plazo de 90 días posteriores a la fecha en que recibió los servicios para los cuales se solicita el pago, o lo antes posible. Si se recibieron servicios de salud conductual de emergencia y el Miembro incurrió en gastos por dichos servicios, el Miembro debe presentar al CBHS un reclamo completo con el registro de los servicios para recibir el pago por los servicios en un plazo de 90 días después de la fecha en que recibió los servicios para los que solicita el pago, o tan pronto como sea posible. Si no presenta el reclamo dentro de este período, es posible que *SFHP* no pague por estos servicios, a menos que la queja se presentara tan pronto como sea razonablemente posible. Si los servicios no son previamente autorizados, el *SFHP* revisará el reclamo de forma retrospectiva para determinar la cobertura como se establece en la página 22. *SFHP* cubrirá los servicios según sean *médicamente necesarios* o cuando el miembro considere razonablemente que existe una *condición médica de emergencia*, incluso si después se determina que dicha emergencia no existió. En caso de que el *SFHP* determine que los servicios de emergencia obtenidos por el Miembro están cubiertos, el *SFHP*

pagará a los médicos directamente o reembolsará al Miembro si los servicios fueron pagados por el Miembro. El *miembro* debe proporcionar prueba del pago junto con el reclamo.

GG. Cambios en los beneficios del programa

- Los beneficios, las exclusiones y limitaciones están sujetos a cambio, cancelación o suspensión en cualquier momento ya sea por parte del Programa o por el *SFHP*, con un aviso de al menos treinta y un (31) días de anticipación por parte del *SFHP* al Miembro. Los beneficios por los servicios o suministros proporcionados después de la fecha de vigencia de un cambio o cancelación de ese tipo serán proporcionados en base al cambio. No hay derecho otorgado para obtener Beneficios. Se proporcionarán los beneficios por servicios o suministros prestados después de la fecha de vigencia de cualquier modificación, limitación, exclusión o cancelación de Beneficios.

10. Exclusiones y limitaciones

A. Exclusiones y limitaciones generales

Debe leer todas las descripciones de la sección de Beneficios de esta Evidencia de Cobertura para obtener los detalles completos de su cobertura o no cobertura de acuerdo con el *SFHP*. Dichos servicios son Beneficios con Cobertura únicamente si se obtienen de acuerdo con los procedimientos descritos en este documento, incluyendo todos los requisitos de autorización y referencia médica con la coordinación de su Proveedor de Atención Primaria.

B. Exclusiones y limitaciones específicas

Ciertos servicios enumerados a continuación tienen una duración o cantidad limitada, según se describe en "Beneficios de *SFHP*". Otros servicios enumerados a continuación en esta Sección están excluidos y no son Beneficios con Cobertura de *SFHP*:

- Acupuntura.
- Artículos de conveniencia como teléfonos, televisores, bandejas para visitas, habitaciones privadas de un hospital y artículos personales.
- Atención a largo plazo, a menos que el *SFHP* determine que es una alternativa menos costosa y satisfactoria a los beneficios con cobertura; la atención a corto plazo en centro de enfermería especializada y cuidado de hospicio son beneficios cubiertos pero solo cuando son médicamente necesarios y solo para beneficios descritos en servicios de "Cuidados paliativos" y "Centro de Enfermería Especializada".
- Atención experimental que es cualquier servicio de atención médica, medicamento, dispositivo o tratamiento que el *SFHP* determina que es de naturaleza experimental o de investigación. No se excluye un medicamento de acuerdo con esta sección con base en que el medicamento se receta para un uso distinto al uso comercial para el que lo aprobó la Administración federal de drogas y alimentos. Consulte la página 36 de este manual, en la descripción de la Lista de medicamentos, Uso diferente al indicado en la etiqueta, para obtener una descripción completa de cuándo el *SFHP* cubrirá estos medicamentos. Los servicios denegados por ser experimentales o de investigación están sujetos a revisión por el proceso de *IMR* del Departamento de atención médica administrada. Consulte la página 51 de este manual para obtener una descripción de cómo obtener acceso al proceso de *IMR* del Departamento.
- Atención no especializada que la pueden realizar de manera segura y efectiva los miembros de la familia (ya sea que ellos estén disponibles o no para proporcionar dichos servicios) o personas sin autorización o sin la presencia de una enfermera autorizada que supervise, excepto para servicios autorizados de ama de casa para cuidados paliativos.
- Atención quiropráctica.
- Beneficios de compensación a Trabajadores, incluyendo cualquier lesión derivada o que surja durante cualquier empleo por un salario, sueldo o utilidad, o cualquier enfermedad cubierta con respecto a dicho empleo,

- por parte de cualquier ley de compensación a trabajadores, ley de enfermedad ocupacional o legislación similar. Si el *SFHP* paga por dichos servicios, debe tener derecho a establecer un embargo sobre dichos otros beneficios hasta el valor razonable en efectivo de los beneficios que proporciona el *SFHP* por el tratamiento de la lesión o enfermedad según lo reflejan los cargos facturados usuales del proveedor. También, el *SFHP* puede cobrar al Miembro el valor en efectivo de sus beneficios, hasta una cantidad igual a la que pagó verdaderamente el Plan, en la medida que dichos beneficios hayan sido cubiertos o pagados como beneficios de compensación al trabajador si el Miembro hubiera intentado diligentemente establecer sus derechos de hacerlo.
- Biorretroalimentación, a menos que sea médicamente necesaria.
 - Cirugías de cambio de sexo parte de la cirugía de intersexo (operaciones transexuales). Los servicios médicamente necesarios relacionados con complicaciones de la cirugía de cambio de sexo son un beneficio con cobertura.
 - Confinamiento en un centro de manejo del dolor para tratar o curar el dolor crónico.
 - Cuidado de custodia concomitante a servicios prestados en el hogar o a una hospitalización o confinamiento en un centro de atención médica principalmente para descanso, para control o cambio del ambiente de una persona.
 - Cuidado rutinario de los pies, incluidos, callos, eliminación de callos, excisión o corte de uñas de los pies.
 - Disfunción sexual concomitante a disfunción sexual no relacionada con causas físicas, discapacidades sexuales, excepto cuando sea médicamente necesario.
 - Dispositivos de implantes de pene y cirugía, así como servicios relacionados o cualquier complicación resultante, excepto los dispositivos para pene y cirugía que sean médicamente necesarios.
 - Donación de órganos incluyendo cualquier servicio a un Miembro en relación con los servicios de trasplante de donador de órganos o tejidos cuando el receptor del trasplante no sea un Miembro.
 - Enfermería privada de cualquier tipo. La enfermería para servicios especiales, en caso de ser autorizada como Médicamente Necesaria puede tener cobertura como parte de una admisión a un hospital autorizado o un Centro de enfermería especializada.
 - Envejecimiento de la piel relacionado con el diagnóstico y tratamiento para retrasar o revertir los efectos del envejecimiento de la piel.
 - Exámenes físicos y vacunas 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 y vacunas de rutina considerados en "Servicios médicos preventivos".
 - Implantes, excepto los que son médicamente necesarios y que no son cosméticos ni de naturaleza experimental o de investigación.
 - La atención autoreferida que no es proporcionada, recetada o referida por el proveedor de atención primaria del Miembro y que no está autorizada de acuerdo con los procedimientos del *SFHP* excepto por servicio de emergencia, servicios urgentes fuera del área, servicios de ginecología, acupuntura y quiropráctica.
 - La concepción por medios artificiales, incluyendo la transferencia intratubárica de gametos (GIFT), transferencia intratubárica de cigotos (ZIFT), fertilización in vitro (IVF) o cualquier otro proceso que involucre la recolección o manipulación (física, química o por cualquier otro medio) del huevo humano

- para tratar la infertilidad. Cualquier servicio, procedimiento o proceso que prepare al Miembro para concebir por medios artificiales no está cubierto.
- Las afecciones discapacitantes incluyendo servicios elegibles para reembolso por seguro o cubiertas bajo cualquier otro plan de seguro o de servicio de atención médica. *SFHP* proporcionará servicios en el momento que sean necesarios y el Miembro deberá cooperar para asegurar que el *SFHP* sea reembolsado por dichos beneficios.
 - Las mejoras al hogar/vehículo, incluidos modificaciones o aditamentos realizados a viviendas, propiedades o vehículos automotores, que incluye rampas, elevadores, elevadores de escaleras, piscinas, sistemas de filtrado de aire, equipo de control ambiental, spas, tinas calientes o controles manuales para automóviles.
 - Los anticonceptivos y dispositivos anticonceptivos que no requieren una receta médica a menos que el proveedor de atención primaria determine que ninguno de los métodos diseñados por el Plan como cubiertos o preferidos son médicamente apropiados para el paciente.
 - Medicamentos de venta libre, suministros y dispositivos tales como filtros de aire o medicamentos que no requieren de receta, vitaminas, minerales, suplementos alimenticios o alimentos para dietas especiales o suplementos nutritivos, excepto los necesarios para el tratamiento de fenilcetonuria (PKU).
 - Obesidad, incluido el tratamiento de obesidad por medios médicos y quirúrgicos, excepto para el tratamiento de obesidad mórbida. En ningún caso el tratamiento de obesidad mórbida se debe administrar principalmente por razones cosméticas.
 - Procedimientos médicos, quirúrgicos (incluyendo implantes) u otros procedimientos de atención médica, servicios, productos, medicamentos o dispositivos que sean:
 - de Naturaleza Experimental o de Investigación o que no son reconocidos por los estándares médicos generalmente aceptados como seguros y efectivos para utilizar en el tratamiento en cuestión, o
 - caducos o no eficaces.
 - Reversión de vasectomía o ligadura de trompas o debido a la vasectomía o ligadura de trompas, repetición de la vasectomía o ligadura de trompas (a menos que sea por una vasectomía o ligadura de trompas inicial no exitosa) o la infertilidad que resulte de ellas. El plan cubre los servicios médicamente necesarios para tratar las complicaciones derivadas de cualquier procedimiento de reversión o esterilización.
 - Se excluye el transporte distinto al que se indica en Servicios de ambulancia, incluyendo la cobertura de transporte en un avión, vehículo de pasajeros, taxi u otra forma de transporte público.
 - Servicios de atención dental o aparatos.
 - Servicios de centro de emergencia para afecciones que no son de emergencia.
 - Servicios recibidos antes de la fecha de inicio de la cobertura del Miembro o después de la fecha en que el Miembro deja de serlo, excepto según se indica con respecto a una extensión de beneficios.
 - Si los servicios se deniegan por la Naturaleza Experimental o de Investigación del tratamiento, puede hacer que el Departamento de Atención Médica Administrada (DMHC) revise esta decisión inmediatamente por medio del proceso *IMR*, según se establece en la sección 15 de este manual. Usted no necesita participar en el Proceso de reclamos del Plan antes de que su caso sea escuchado a través del proceso *IMR* del DMHC. Puede solicitar directamente al *DMHC* la participación en el proceso de *IMR*.
 - Suministros médicos desechables, aparatos para pruebas en el hogar, aparatos para brindar comodidad,

- equipo de control ambiental, equipo para ejercicios, aparatos de autoayuda/educativos, equipo de supervisión en el hogar, cualquier tipo de comunicador, amplificador de la voz, prótesis de voz u otros aparatos de asistencia del lenguaje, excepto por lo dispuesto bajo Equipo ortopédico y prostético.
- Terapia del habla a menos que sea médicamente necesario y entonces queda sujeta a los límites descritos en la Sección de beneficios.
 - Terapias alternativas
 - Tratamientos por infertilidad como la fertilización in vitro, G.I.F.T. (transferencia intratubárica de gametos) o cualquier otra forma de fertilización inducida, inseminación artificial. Servicios concomitantes a los servicios de madres sustitutas tampoco son Servicios con Cobertura.

11. Elegibilidad e inscripción

- Un *empleado* es elegible para inscribirse y tener cobertura continua en este plan de grupo conforme se describe a continuación. Este plan de grupo no cubre a ningún dependiente.
- Un *miembro* debe vivir o trabajar en el área de servicio de *SFHP*. El *área de servicio* es la Ciudad y el Condado de San Francisco.
- La fecha individual de vigencia de la cobertura para cada *miembro* será a las 12.01 a. m., Hora del Pacífico, el primer (1.^{er}) día del mes siguiente al mes en que el *miembro* cumpla con todos los requerimientos de elegibilidad del *empleador*, siempre que *SFHP* reciba la solicitud de inscripción del *miembro* y la información de elegibilidad de parte del *empleador* dentro del período de tiempo descrito en el *acuerdo del servicio de grupo*. El *miembro* debe cumplir y continuar cumpliendo con todos los requerimientos de elegibilidad del *empleador* durante el período de cobertura bajo este plan de grupo. Debe contactar a su *empleador* para cualquier

pregunta relacionada con los requerimientos de elegibilidad de su *empleador*.

- Excepto en el caso de un miembro que tiene derecho a una extensión en sus *beneficios* por parte de otro seguro de salud debido a una herida o enfermedad, la cobertura tendrá efecto como se describió anteriormente. Esta disposición que retrasa la fecha de inicio de la cobertura no aplicará en caso que el *SFHP* provea *beneficios* dentro de los sesenta (60) días posteriores a la fecha de suspensión del plan de salud de grupo anterior del grupo del empleador y si un *miembro* estaba cubierto en forma válida (en la fecha de tal suspensión) bajo el plan de salud de grupo anterior. Además, esta cláusula que retrasa la fecha de vigencia de la cobertura no debe aplicar en la medida prohibida por cualquier ley federal o estatal.
- Si un *miembro* está totalmente discapacitado en la fecha de suspensión del plan de salud del *grupo anterior del empleador* y si el *miembro* tiene derecho a una extensión de sus *beneficios*, ese *miembro* no tendrá derecho a ningún *beneficio* en este plan de grupo para los servicios o los gastos directamente relacionados con la *afección que lo incapacita* hasta la expiración de tal extensión de beneficios. El *miembro* estará inscrito en este plan de grupo para todos los otros *beneficios* que no estén relacionados con la afección que lo incapacita, la cual está cubierta por la extensión de los *beneficios*. Ninguna persona será elegible para afiliarse a este plan de grupo si su cobertura ha terminado con justificación en este o cualquier otro plan de cobertura de salud del *SFHP* por cualquier razón.

12. Terminación, cancelación y cambios en beneficios y cargos

A. Terminación de los beneficios

- Excepto por lo que se estipula en las siguientes disposiciones de Cobertura de Continuación de Grupo, o Continuación de Cobertura de Beneficios del Estado, no existe el derecho a recibir *beneficios* por los servicios proporcionados después de la finalización o cancelación del *acuerdo de servicio de grupo* o la finalización de la elegibilidad individual del *miembro*. Esta disposición aplica aún si el *miembro* está hospitalizado o recibe tratamiento por una afección continua. Para obtener una Extensión de Beneficios, la Cobertura de Continuación de Grupo (COBRA), Continuación de Cobertura de Beneficios del Estado, la persona que solicita dicha cobertura debe calificar y solicitar dicha continuación de cobertura. Consulte Continuación de Cobertura de Grupo, página 47; y Continuación de Cobertura de Beneficios del Estado, página 47.
- La cobertura para el *miembro* termina a las 12:01 a. m., hora del Pacífico, de estos días:
- La fecha en que finaliza el *acuerdo de servicio de grupo*. Este contrato puede finalizarlo el *empleador* de grupo o *SFHP*. Usted recibirá un aviso por escrito de dicha terminación o cancelación.
- La fecha en que usted ya no está empleado por su *empleador* o en que usted ya no cumple todos los requerimientos de su *empleador* conforme a la definición en el *acuerdo de servicio de grupo* y conforme lo aprobó *SFHP*.
- El final del período para el cual se pagaron *primas* a *SFHP* de parte del *empleador*.
- Usted ya no vive o trabaja en San Francisco de manera que ya no cumple con los requerimientos de distancia

reglamentaria y tiempo de viaje para tener acceso a su proveedor de atención primaria de *SFHP* (a 15 millas o 30 minutos de distancia de su proveedor de atención primaria de *SFHP*).

- Inmediatamente al recibir aviso por escrito si *SFHP* termina la cobertura de un *miembro* por razón que el *miembro* hizo cualquiera de lo siguiente: a) proporcionó información que es materialmente falsa o tergiversada o en cualquier solicitud de inscripción o cualquier otro formulario del plan de salud; b) permitió que una persona que no es miembro use su Identificación de Miembro para obtener un servicio y *beneficios*; c) obtuvo o intentó obtener servicios o *beneficios* bajo *SFHP* por medio de omisiones, actos o información falsa, materialmente engañosa o fraudulenta; d) participó en un comportamiento molesto o amenazó la vida o el bienestar del personal de *SFHP* o de los proveedores de servicios cuando dicha conducta no se corrige después de recibir un aviso por escrito del *SFHP*. Además, el *SFHP* puede terminar la cobertura de un *miembro* por causa al recibir un aviso por escrito de 31 días por lo siguiente: e) discapacidad para establecer una relación médico-paciente satisfactoria después de seguir los procedimientos de la página 26; f) incumplimiento de pagar cualquier *copago* o cargo complementario cuando dicho incumplimiento a pagar no se soluciona al recibir un aviso por escrito de *SFHP*; g) violación de cualquier disposición material del *acuerdo de servicio de grupo* a pesar de que no se menciona específicamente en esta Sección, si dicha violación persiste después de recibir un aviso por escrito de *SFHP*.

B. Cancelación del Acuerdo de Servicio de Grupo

- *SFHP* puede cancelar el *acuerdo de servicio de grupo*, o cualquier parte del mismo (incluso cualquier anexo de *beneficios*), en cualquier momento después de entregar un aviso por escrito por lo menos de treinta (30) días al *empleador*, o 15 días después del

final de cualquier período para el cual las *primas* no han sido pagadas, indicando cuándo tal cancelación se hará efectiva.

- El *acuerdo de servicio de grupo* también puede cancelarlo el *empleador del miembro* en cualquier momento, siempre que el *empleador* presente un aviso por escrito a *SFHP*. Este aviso puede especificar que la cancelación tiene vigencia cuando el *SFHP* reciba el aviso o en una fecha posterior según se especifica en el aviso.
- En caso de que el *acuerdo de servicio de grupo* lo cancele *SFHP* o por un *empleador* de grupo, es responsabilidad del *empleador* notificarle al *miembro* acerca de la cancelación.

C. Readmisión

En caso de que la cobertura de grupo se cancele, solo el *empleador* puede reinstalar la cobertura hasta el punto permitido en el *acuerdo de servicio de grupo del empleador* y conforme sea aprobada por *SFHP*.

D. Derecho de cancelación de la persona

Consulte las reglas específicas de cancelación de su cobertura que se proporcionan en el Resumen de beneficios, Elegibilidad y Reglas de afiliación.

E. Cambios en beneficios y cargos

El *SFHP* se reserva el derecho a cambiar los *beneficios* y cargos en este grupo. El *empleador* o los *miembros* recibirán un aviso por escrito treinta y un (31) días antes para cualquier cambio en los *beneficios* y cargos.

13. Continuación de Cobertura de Grupo

Continuación de cobertura de grupo (COBRA o Cal-COBRA)

De acuerdo con la Ley Ómnibus de Reconciliación Presupuestaria Consolidada (COBRA), la Cobertura de continuación de grupo está disponible, bajo ciertas condiciones, para los *empleados* de la mayoría de los *empleadores*. Si un *empleador* patrocina una membresía en *SFHP*, el *miembro* puede solicitar la Cobertura de Continuación de Grupo.

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

Puede continuar con su cobertura por parte del *SFHP* cuando finaliza su empleo, por cualquier razón que no sea una mala conducta ofensiva; cuando se reducen sus horas; o cuando se retira y sus beneficios son cancelados o reducidos debido a que el *empleador* se declaró en bancarrota de acuerdo con el Capítulo 11. Su *empleador* le informará que tiene derecho a mantener su plan de salud bajo COBRA por cualquiera de estas razones.

- Si desea conservar su cobertura de salud con *SFHP* debe indicarle a su *empleador* dentro de los 60 días posteriores a la fecha en que recibe el aviso de su derecho a mantener la cobertura de salud. Si no elige COBRA durante estos 60 días, no podrá obtenerla después. Su *empleador* debe enviar el pago y los formularios de COBRA para mantenerle la cobertura dentro de los 45 días posteriores a que usted escogió mantenerlo.
- Usted tendrá que pagar el costo completo de quedarse con el *SFHP*. Debe enviar su pago al *empleador* cada mes. Esto mantendrá su cobertura vigente.
- Puede seguir estando cubierto hasta que ocurra el primero de los siguientes eventos:
 - la terminación de los dieciocho meses después de que perdió su trabajo o disminuyeron sus horas;
 - la fecha en que el *acuerdo de grupo* entre *SFHP* y el *empleador* termina;
 - la fecha en que deje de pagar los cargos mensuales;
 - la fecha en que obtiene cobertura de otro plan de salud de grupo a menos que haya una limitación de afección preexistente que aplique;
 - la fecha en que obtenga derecho a Medicare.

14. Duplicidad de cobertura, Responsabilidad de terceros y Coordinación de beneficios

A. Cobertura duplicada

Si un Miembro del *SFHP* también tiene derecho a beneficios bajo cualquiera de las condiciones descritas a continuación, la responsabilidad del *SFHP* por los Beneficios se reducirá por el monto de beneficios pagados, o por el valor razonable de los servicios proporcionados sin ningún costo al Miembro, debido a que tiene derecho a estos otros beneficios. Esta exclusión aplica a los beneficios recibidos de cualquiera de las siguientes fuentes:

- Los beneficios proporcionados bajo el programa Medicare. Si un Miembro recibe servicios a los que tiene derecho bajo Medicare y estos servicios también son cubiertos por el *SFHP*, el proveedor del *SFHP* puede buscar la compensación de los servicios proporcionados por Medicare. Esta exclusión de Medicare no aplica cuando el grupo patrocinador y los servicios que se proporcionan al Miembro están sujetos a las leyes de pagador secundario de Medicare.
- Los beneficios proporcionados por medio de cualquier otra agencia del gobierno federal o estatal, o por medio de cualquier subdivisión política o del condado. También se excluyen los costos razonables por servicios proporcionados en una instalación de Administración de veteranos de guerra por una afección no relacionada con el servicio militar o en una instalación del Departamento de Defensa, siempre que la persona no esté en servicio.
- Beneficios proporcionados de forma gratuita o sin expectativa de pago.
- Los beneficios que se proporcionan bajo la cobertura de compensación del trabajador.

B. Responsabilidad de terceros

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

- acepte por escrito reembolsar a *SFHP* el valor en efectivo razonable de los Beneficios que se proporcionaron según lo reflejan los cargos facturados usuales del proveedor, pero no exceder la cantidad que pagó realmente el Plan, inmediatamente después de que el Miembro cobre los daños, ya sea por medio de una acción legal, acuerdo u otra; y,
- proporcione al *SFHP* un embargo, por el valor en efectivo razonable de los beneficios proporcionados por el *SFHP*, según lo refleja un porcentaje de los cargos facturados usuales del proveedor pero sin exceder la cantidad real que pagó el Plan, según se establece en el Código Civil de California, sección 3040. El embargo puede ser presentado ante el tercero, el agente del tercero o el tribunal.

C. Coordinación de beneficios

- Si un Miembro tiene cobertura de más de un plan de salud de grupo o cobertura de seguro de grupo, el *SFHP* coordinará los beneficios con la otra aseguradora. Si otra aseguradora que cubre al Miembro según un plan de salud de grupo es primaria, entonces el *SFHP* o los proveedores del *SFHP* solicitarán una compensación de esa aseguradora por los beneficios proporcionados por la cobertura del *SFHP*. El Miembro recibirá todos los beneficios a los que tiene derecho según este Plan, pero no más que estos beneficios. El *SFHP* coordinará los beneficios de acuerdo con las normas del Departamento de Atención Médica Administrada de California.

Al coordinar los beneficios, si el paciente es el Miembro, entonces la cobertura que obtiene el paciente por medio de su empleo es primaria.

Nota: Aun si tiene otra cobertura, los Beneficios solo tendrán cobertura de *SFHP* si los

proporcionan los proveedores de *SFHP* y se autorizan según las reglas del *SFHP*.

15. Procedimientos de reclamos y apelaciones

A. Proceso de reclamos

- 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 puede ser capaz de resolver su problema o responder a sus preguntas de forma informal en ese momento o un poco después. También puede solicitar una copia del protocolo completo de queja/reclamo. Comuníquese con Servicio al cliente al **1(415) 547-7800** (llamada local) o al **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 del *Plan* si usted decide presentar un *reclamo* o una *apelación*. Además, su proveedor no puede detener ni cancelar la atención médica porque usted ha 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 Department of Managed Health Care (Departamento de Atención Médica Administrada), diríjase a la sección “Quejas al Departamento de Atención Médica Administrada” en la página 52.

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 una queja 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.

El 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 del *SFHP* estará disponible para ayudarle con su reclamo si usted así lo desea.
- Paso 2.** En la mayoría de los casos, el *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 *reclamos* y acerca de sus derechos como *miembro* del *SFHP*.
- Paso 3.** El *SFHP* le notificará por escrito su propuesta de resolución en un plazo de 30 días. Si no ha recibido una carta del *SFHP* antes de 30 días calendario o si no acepta la resolución que el *SFHP* propone, puede solicitar una audiencia de apelación con el *SFHP* o puede comunicarse con el Departamento de Atención Administrada, según se describe en la Sección 29.
- 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 tuyas y se suspenderá su *reclamo*. Sin embargo, *SFHP* puede empezar a trabajar en su

reclamo si *SFHP* recibe noticias suyas dentro de los seis (6) 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 *reclamo* o apelación.
- *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* al **1(877) 688-9891**.

B. Revisión médica urgente y apelaciones

- 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 seria a su salud, que incluye pero no se limita a la pérdida de la vida o de una extremidad, de funciones corporales principales o de dolor intenso.
- Para iniciar un Reclamo Urgente, llame al *SFHP* al **1(800) 288-5555** o al **1(415) 547-7800** e indíqueles que desea presentar un Reclamo 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 con 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

- La queja por escrito o cualquier correspondencia o información relacionada con la queja del miembro se deberá enviar por correo a:

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

- Se puede presentar una queja en persona, en la siguiente dirección:

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

- También puede enviar un reclamo a través de nuestro sitio web en **www.SFHP.org**.

E. Apelaciones acerca de medicamentos no incluidos en el Formulario

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

La organización de revisión independiente decidirá si *SFHP* debe cubrir el medicamento no incluido en el formulario con base en la necesidad médica. *SFHP* le notificará a usted y al médico que escribe la receta sobre su decisión en un plazo máximo de 72 horas.

Si existen circunstancias apremiantes, *SFHP* les notificará a usted y al médico que escribió la receta en un plazo máximo de 24 horas. Existen circunstancias apremiantes cuando usted tiene una afección médica que podría poner gravemente en peligro su vida, su salud o

la capacidad de recuperar su función máxima, o cuando se somete a un curso de tratamiento actual usando un medicamento no incluido en el formulario.

F. 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 si considera que los *servicios* de atención médica han sido indebidamente denegados, modificados o demorados por el *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 un formulario de solicitud de *IMR* junto con cualquier carta de disposición de *reclamo* que deniegue, modifique o retrase los *servicios* de atención médica. Si presenta una solicitud de *IMR* al DMHC, será revisada para confirmar que:

(A) Su médico recomendó un *servicio* de atención médica como *médicamente necesario*, o

(B) Usted recibió *servicios de atención de urgencia* o *servicios de emergencia* que un proveedor determinó *médicamente necesarios*, o

(C) Usted fue atendido por un *médico* para el diagnóstico o tratamiento de la afección médica para la cual solicita una *IMR*;

(D) 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 *médicamente necesario*; y

(E) 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. El DMHC puede exonerar el requisito de que usted siga el proceso de *reclamo* del *SFHP* en casos extraordinarios y que lo ameriten.

- Si su caso es elegible para *IMR*, la disputa será presentada a un especialista médico que hará una determinación independiente en cuanto a si la atención es *médicamente necesaria* o no. Usted recibirá una copia de la evaluación realizada en su caso. Si la *IMR* determina que el *servicio* es *médicamente 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 3 días hábiles.
- Para obtener información adicional sobre el proceso de *IMR* o para pedir una solicitud para el mismo, llame a Servicio al Cliente al **1(415) 547-7800** (llamada local) o al **1(800) 288-5555**.

G. *IMR* experimental o de investigación

- Si su médico ha recomendado un medicamento, dispositivo, procedimiento u otra terapia que él o ella certifique por escrito que podría ser de más beneficio 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 proveedor determina que la terapia experimental/de investigación propuesta sería significativamente menos efectiva si no se inicia rápidamente, entonces se realizará una determinación de su revisión dentro de los siete (7) días posteriores a la solicitud de la *IMR* expedida.
- 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 el *SFHP* le ayudará con este proceso.

H. Quejas al Departamento de Atención Médica Administrada

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

- El Departamento de Atención Médica Administrada de California es responsable de regular los planes de servicios de atención médica. Si tiene un reclamo contra su plan de salud, primero tiene que llamar por teléfono a su plan de salud al **1(800) 288-5555** o al **1(415) 547-7800** y usar el proceso de reclamo de su plan de salud antes de comunicarse con el departamento. El uso de este procedimiento de reclamos no impide el uso de ningún derecho legal o recurso que pudiera 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 departamento 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 Departamento también tiene un número de teléfono gratuito **1(888) HMO-2219** y una línea *TDD* **1(877) 688-9891** para las personas con deficiencias del habla y la audición. El sitio web del departamento, **www.hmohelp.ca.gov** tiene formularios de quejas, formularios de solicitud de *IMR* e instrucciones en línea.

I. Arbitraje de disputas

- Si existe alguna disputa o desacuerdo entre un Miembro y el *SFHP* (que no sea un reclamo por negligencia médica) que excede la jurisdicción del Tribunal de Quejas Menores (Small Claims Court), 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, seleccionado por el método estipulado en la Sección 1281.6 del Código de Procedimiento Civil de California. Dicho arbitraje no tendrá jurisdicción para otorgar más de \$200,000.
- Si el monto de los daños reclamados por el Miembro excede \$200,000, entonces dentro de un plazo de 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 en un solo árbitro dentro de este período de treinta (30) días, entonces el *SFHP* nombrará un árbitro y el miembro nombrará otro árbitro, y los dos árbitros nombrarán un tercer árbitro neutral dentro de los treinta (30) días calendario posteriores a la petición de arbitraje del Miembro. Si los dos árbitros no pueden ponerse de acuerdo con un árbitro neutral o si por alguna otra razón no se selecciona el árbitro neutral en el plazo de treinta días después de la petición de arbitraje del Miembro, el método establecido en la Sección 1281.6 del Código de Procedimiento Civil de California puede ser utilizado por cualquier de las partes para seleccionar al árbitro neutral.
- Excepto por lo descrito en esta sección, "Arbitraje de disputas", las disposiciones de arbitraje establecidas en el Título 11 de la Parte 3 del Código de Procedimiento Civil de California, incluyendo la Sección 1283.05 del mismo, que permite procedimientos ampliados de presentación de evidencias, será aplicable a todas las disputas o controversias arbitradas entre el Miembro y el *SFHP*. La decisión y resolución del árbitro será emitida en cuanto sea posible después de la audiencia y la presentación del asunto por las partes, pero no más tarde de 30 días calendario después. La decisión será por escrito, indicará cuál es la parte ganadora, el monto de la indemnización, otros términos relevantes de la misma y los motivos por los cuales se otorgó cualquier indemnización. La resolución al otorgarse la indemnización emitida por los árbitros puede ser presentada por cualquiera de las partes en cualquier tribunal que tenga jurisdicción. Los árbitros no tendrán autoridad para otorgar indemnizaciones por daños punitivos o ejemplares. Cada parte será responsable exclusivamente de sus propios honorarios y costos legales.
 - Los costos del árbitro neutral serán compartidos de forma equitativa entre el Miembro y el *SFHP*, considerando que en caso de dificultades extremas, el

Plan será responsable de todos los costos del árbitro neutral. Puede obtener solicitud por parte del Miembro para solicitar que el Plan sea responsable de todos los costos del árbitro neutral en Servicio al Cliente. Si el *SFHP* no acepta responsabilizarse de todos los costos del árbitro neutral cuando se haga una solicitud de dicha ayuda por parte del Miembro, dicha determinación deberá ser hecha por un árbitro neutral.

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

16. Otras disposiciones

A. Revisión por el Director del Departamento de Atención Médica Administrada

- Si el *SFHP* cancela o se rehúsa a renovar su afiliación y usted considera que dicha acción se debe a razones de salud o a utilización de Beneficios, puede solicitar una revisión al Director del Departamento de Atención Médica Administrada al llamar al **1(800) 466-2219** o al **1(877) 688-9891** (TTD).

B. Participación en Políticas públicas

- El *SFHP* es un plan de salud con patrocinio público. Las reuniones de su Consejo Directivo están abiertas al público. El Plan ha establecido un Comité asesor de Miembros para asesorar a su Consejo Directivo en decisiones de política. Dos Miembros de este comité son además Miembros del Consejo Directivo y uno es Miembro del Comité de mejora de la calidad del *SFHP*. De acuerdo con el Código de Salud y Seguridad, Sección 1369, el *SFHP* exhorta a sus Miembros a participar en el establecimiento de sus políticas relacionadas con las acciones realizadas por el *SFHP* (y sus empleados y personal) para asegurar la comodidad, dignidad y conveniencia de

los pacientes que dependen de las instalaciones del Plan para que les brinden servicios de atención médica a ellos, sus familias y el 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 está interesado en participar en el futuro, comuníquese con Servicio al Cliente.

C. No transferibles

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

D. Contratistas independientes

- Los proveedores de *SFHP* no son agentes ni empleados de *SFHP*, sino contratistas independientes. El *SFHP* regularmente proporciona credenciales a los proveedores de atención primaria que proporcionan servicios a los Miembros. Sin embargo, en ningún caso el *SFHP* será responsable de la negligencia o actos ilícitos u omisiones de cualquier persona que le preste servicios a usted, incluyendo cualquier proveedor de atención primaria, hospital u otro proveedor o sus empleados.

E. Continuidad de la atención por parte de un proveedor cancelado

- Los *miembros* que están recibiendo tratamiento para afecciones *agudas*, afecciones crónicas graves, embarazo (incluida 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. Si el proveedor no acepta proporcionar atención de acuerdo con las políticas y procedimientos del Plan, entonces la continuidad de la atención no estará disponible al Miembro. 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.

F. Continuidad de la atención para nuevos miembros por parte de proveedores no contratados

- Los *miembros* con cobertura reciente que reciban tratamiento por afecciones *agudas*, afecciones crónicas serias, embarazo (incluida la atención de posparto inmediato), enfermedad terminal o que sean menores de edad, 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 continuación 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. Si el proveedor no acepta proporcionar atención de acuerdo con las políticas y procedimientos del Plan, entonces la continuidad de la atención no estará disponible al Miembro. 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.
- Llame al Servicio al Cliente al **1(415) 547-7800** (llamada local) o al **1(800) 288-5555** para obtener más información.

G. Pago a proveedores

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

para los Miembros asignados. Según lo exige la ley, nuestros contratos con grupos médicos y hospitales no les permiten cobrar a los Miembros si el *SFHP* no les paga a los proveedores.

- Mientras el *SFHP* no entre en un acuerdo de incentivos con los grupos médicos relacionados con el costo de la atención de hospital, los hospitales pueden entrar en dicho acuerdo 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 *SFHP* al **1(415) 547-7800** (local) o al **1(800) 288-5555**, a su Proveedor de Atención Primaria o a su Grupo Médico, para obtener más información acerca del pago a proveedores.

H. Confidencialidad de la información médica

ESTE AVISO DESCRIBE LA FORMA EN QUE SU INFORMACIÓN MÉDICA SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR. ESTE AVISO TAMBIÉN DESCRIBE CÓMO PUEDE TENER ACCESO A DICHA INFORMACIÓN. REVÍSELO CUIDADOSAMENTE.

- El San Francisco Health Plan (*SFHP*) está obligado por ley a mantener la privacidad de su información de salud. También debemos informarle acerca de nuestras prácticas de privacidad con respecto a su información médica protegida (PHI).
- *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 médica, con la excepción del uso con fines de tratamiento, pago o las

operaciones de *SFHP*. Comuníquese con el Oficial de privacidad del *SFHP* para presentar un reclamo sobre el uso de su información médica por parte del Plan o para solicitar una copia de nuestras políticas de privacidad.

- Está prohibido para el San Francisco Health Plan y sus médicos compartir, vender, utilizar o divulgar intencionalmente cualquier información médica que no esté relacionada con la atención médica del paciente sin la autorización del paciente, a menos que la divulgación sea exigida legalmente. Cada médico del *SFHP* que maneja registros médicos debe preservar la confidencialidad del paciente.
- Para obtener una descripción completa de sus derechos relacionados con la confidencialidad de sus registros médicos, que incluyen sus derechos a tener acceso a sus propios registros médicos o de obtener una copia de nuestras Prácticas de Privacidad, puede comunicarse con el San Francisco Health Plan al **1(415) 547-7800** o al **1(800) 288-5555** y le enviaremos una copia de nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad.

I. Participación en el programa de beneficios

- *SFHP* debe tener la autoridad, de acuerdo con las normas que rigen el programa de analizar e interpretar las cláusulas del contrato del plan de salud y de esta Evidencia de Cobertura, para determinar los beneficios del *SFHP* y para determinar la elegibilidad para recibir los beneficios de acuerdo con el contrato del plan de salud y esta Evidencia de cobertura. El *SFHP* ejercerá esta autoridad para beneficio de todas las personas que tienen derecho a recibir beneficios según el contrato y esta Evidencia de cobertura.

J. Ley aplicable

- El *SFHP* está sujeto a los requerimientos de la ley de Knox-Keene de California, Capítulo 2.2 de la División 2 del Código de Salud y Seguridad de California y a las normas establecidas en el Subcapítulo 5.5 del Capítulo 2 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 las regulaciones, será obligatorio para el *SFHP*, incluso si no se incluye en esta Evidencia de cobertura ni en el acuerdo de grupo entre el *SFHP* y su empleador.

K. Desastres naturales, interrupciones y limitaciones

- En caso de un desastre natural o de otra circunstancia imprevisible, que esté fuera del control razonable de *SFHP*, podría ser imposible que *SFHP* preste servicios sus *miembros*. Ejemplos de razones más allá del control de *SFHP* incluyen desastres naturales, guerras, disturbios, disputas laborales que involucren a *SFHP* o a otro *profesional médico*, insurrección civil o epidemia. En caso de un desastre natural, el *miembro* debe dirigirse a la sala de *emergencia* más cercana si cree que tiene una *afección médica de emergencia*. *SFHP* reembolsará al *miembro* los servicios recibidos.

