



San Francisco Health Plan

Evidencia de Cobertura y Formulario de
Autorización de Divulgación

2025

HealthySM
Workers
HMO

ENGLISH - ATTENTION: If you need help in your language, call **1(415) 547-7800** (TTY: **1(415) 547-7830** or **711**). Aids and services for people with disabilities, like documents in braille and large print, are also available. Call **1(415) 547-7800** (TTY: **1(415) 547-7830** or **711**). These services are free.

العربية (ARABIC) - يُرجى الانتباه: إذا احتجت إلى المساعدة بلغتك، فاتصل بـ **1(415) 547-7800** (TTY: **1(415) 547-7830** أو **711**). تتوفر أيضًا المساعدات والخدمات للأشخاص ذوي الإعاقة، مثل المستندات المكتوبة بطريقة بريـل والخط الكبير. اتصل بـ **1(415) 547-7800** (TTY: **1(415) 547-7830** أو **711**). هذه الخدمات مجانية.

Հայերեն (ARMENIAN) - ՌԻՇԱԴԴՈՒԹՅՈՒՆ: Եթե Ձեզ օգնություն է հարկավոր Ձեր լեզվով, գանգահարեք **1(415) 547-7800** (TTY: **1(415) 547-7830** կամ **711**): Կան նաև օժանդակ միջոցներ ու ծառայություններ հաշմանդամություն ունեցող անձանց համար, օրինակ՝ Բրայլի գրատիպով ու խոշորատառ տպագրված նյութեր: Զանգահարեք **1(415) 547-7800** (TTY: **1(415) 547-7830** կամ **711**): Այս ծառայություններն անվճար են:

ខ្មែរ (CAMBODIAN) - ចំណាំ: បើអ្នក ត្រូវ ការជំនួយ ជាភាសា របស់អ្នក សូម ទូរស័ព្ទទៅលេខ **1(415) 547-7800** (TTY: **1(415) 547-7830** ឬ **711**)។ ជំនួយ និង សេវាកម្ម សម្រាប់ ជនពិការ ដូចជាឯកសារ សរសេរជាអក្សរផុស សម្រាប់ជនពិការភ្នែក ឬឯកសារសរសេរជាអក្សរពុម្ពធំ ក៏អាចរកបានផងដែរ។ ទូរស័ព្ទមកលេខ **1(415) 547-7800** (TTY: **1(415) 547-7830** ឬ **711**)។ សេវាកម្មទាំងនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។

简体中文标语 (CHINESE - SIMPLIFIED) - 请注意：如果您需要以您的母语提供帮助，请致电 **1(415) 547-7800** (TTY: **1(415) 547-7830** 或 **711**)。另外还提供针对残疾人士的帮助和服务，例如文盲和需要较大字体阅读，也是方便取用的。请致电 **1(415) 547-7800** (TTY: **1(415) 547-7830** 或 **711**)。这些服务是免费的。

繁體中文 (CHINESE - TRADITIONAL) - 請注意：如果您需要以您的母語提供幫助，請致電 **1(415) 547-7800** (TTY: **1(415) 547-7830** 或 **711**)。另外還提供針對殘障人士的說明和服務，例如盲文和需要較大字體閱讀，也是方便取用的。請致電 **1(415) 547-7800** (TTY: **1(415) 547-7830** 或 **711**)。這些服務是免費的。

فارسی (FARSI) - توجه: اگر می‌خواهید به زبان خود کمک دریافت کنید، با **1(415) 547-7800** (TTY: **1(415) 547-7830** یا **711**) تماس بگیرید. کمک‌ها و خدمات مخصوص افراد دارای معلولیت، مانند نسخه‌های خط بریل و چاپ با حروف بزرگ، نیز موجود است. با **1(415) 547-7800** (TTY: **1(415) 547-7830** یا **711**) تماس بگیرید. این خدمات رایگان هستند.

हिंदी (HINDI) - ध्यान दें: यदि आपको अपनी भाषा में मदद चाहिए, तो **1(415) 547-7800** (TTY: **1(415) 547-7830** पर कॉल करें या **711**)। विकलांग लोगों के लिए सहायता और सेवाएँ, जैसे ब्रेल और बड़े प्रिंट में दस्तावेज़ भी उपलब्ध हैं। **1(415) 547-7800** (TTY: **1(415) 547-7830** पर कॉल करें या **711**)। ये सेवाएँ नि:शुल्क हैं।

HMOOB (HMONG) - CEEB TOOM: Yog koj xav tau kev pab txhais koj hom lus hu rau **1(415) 547-7800** (TTY: **1(415) 547-7830**). Muaj cov kev pab txhawb thiab kev pab cuam rau cov neeg xiam oob qhab, xws li puav leej muaj ua cov ntawv su thiab luam tawm ua tus ntawv loj. Hu rau **1(415) 547-7800** (TTY: **1(415) 547-7830** los sis **711**). Cov kev pabcuam no pub dawb.

日本語 (JAPANESE) - 注記: あなたの言語でサポートが必要な場合は、**1(415) 547-7800** (TTY: **1(415) 547-7830** または **711** までお電話ください)。また、点字や大きな活字で作成したドキュメントなど、障害をお持ちの方のための補助やサービスもご利用いただけます。**1(415) 547-7800** (TTY: **1(415) 547-7830** または **711** までお電話ください)。これらのサービスは無料です。

한국어 (KOREAN) - 주의: 자국어로 도움이 필요한 경우, **1(415) 547-7800** (TTY: **1(415) 547-7830** 또는 **711** 으로 전화하십시오). 점자 및 큰 글씨로 된 문서 등 장애인을 위한 보조 도구와 서비스도 제공됩니다. **1(415) 547-7800** (TTY: **1(415) 547-7830** 또는 **711** 으로 전화하십시오). 이러한 서비스는 무료입니다.

ພາສາລາວ (LAO) - ຂໍຄວນລະວັງ: ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນພາສາຂອງທ່ານ, ໃຫ້ໂທຫາ **1(415) 547-7800** (TTY: **1(415) 547-7830** ຫຼື **711**). ການຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ການບໍລິການສໍາລັບຄົນພິການເຊັ່ນ: ເອກະສານທີ່ເປັນຕົວອັກສອນນຸນ ແລະ ຕົວພິມຂະໜາດໃຫຍ່ ແມ່ນຍັງມີຢູ່. ໂທ **1(415) 547-7800** (TTY: **1(415) 547-7830** ຫຼື **711**). ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ແມ່ນຟຣີ.

MIEN (MIEN) - LONGC HNYOUV JANGX LONGX OC: Beiv taux meih qiemx longc mienh tengx faan benx meih nyei waac nor douc waac daaih lorx taux **1(415) 547-7800** (TTY: **1(415) 547-7830** a'fai **711**). Liouh lorx jauv-louc tengx aengx caux nzie gong bun taux ninh mbuo wuaaic fangx mienh, beiv taux longc benx nzangc-pokc bun hlou mbiutc aengx caux aamz mborqv benx domh sou se mbenc nzoih bun longc. Douc waac daaih lorx **1(415) 547-7800** (TTY: **1(415) 547-7830** a'fai **711**). Naaiv deix gong benx wangv henh tengx oc.

ਪੰਜਾਬੀ (PUNJABI) - ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ ਤਾਂ ਕਾਲ ਕਰੋ **1(415) 547-7800** (TTY: **1(415) 547-7830** ਜਾਂ **711** 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ)। ਅਪਾਹਜ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਬੁਲ ਅਤੇ ਮੋਟੀ ਛਪਾਈ ਵਿੱਚ ਦਸਤਾਵੇਜ਼, ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। ਕਾਲ ਕਰੋ **1(415) 547-7800** (TTY: **1(415) 547-7830** ਜਾਂ **711** 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ)। ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਮੁਫਤ ਹਨ।

РУССКИЙ (RUSSIAN) - ВНИМАНИЕ! Если вам нужна помощь на вашем родном языке, звоните по номеру **1(415) 547-7800** (линия TTY: **1(415) 547-7830** или **711**). Также предоставляются средства и услуги для людей с ограниченными возможностями, например документы крупным шрифтом или шрифтом Брайля. Звоните по номеру **1(415) 547-7800** (линия TTY: **1(415) 547-7830** или **711**). Эти услуги являются бесплатными.

ESPAÑOL (SPANISH) - ATENCIÓN: si necesita ayuda en su idioma, llame al **1(415) 547-7800** (TTY: **1(415) 547-7830** o al **711**). También ofrecemos asistencia y servicios para personas con discapacidades, como documentos en braille y con letras grandes. Llame al **1(415) 547-7800** (TTY: **1(415) 547-7830** o al **711**). Estos servicios son gratuitos.

TAGALOG (TAGALOG-FILIPINO) - ATENSIYON: Kung kailangan mo ng tulong sa iyong wika, tumawag sa **1(415) 547-7800** (TTY: **1(415) 547-7830** o **711**). Mayroon ding mga tulong at serbisyo para sa mga taong may kapansanan, tulad ng mga dokumento sa braille at malaking print. Tumawag sa **1(415) 547-7800** (TTY: **1(415) 547-7830** o **711**). Libre ang mga serbisyonang ito.

ภาษาไทย (THAI) - โปรดทราบ: หากคุณต้องการความช่วยเหลือเป็นภาษาของคุณ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข **1(415) 547-7800** (TTY: **1(415) 547-7830** หรือ **711**) นอกจากนี้ ยังพร้อมให้ความช่วยเหลือและบริการต่าง ๆ สำหรับบุคคลที่มีความพิการ เช่น เอกสารต่าง ๆ ที่เป็นอักษรเบรลล์และเอกสารที่พิมพ์ด้วยตัวอักษรขนาดใหญ่ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข **1(415) 547-7800** (TTY: **1(415) 547-7830** หรือ **711**) บริการไม่มีค่าใช้จ่ายใด ๆ

УКРАЇНСЬКОЮ (UKRAINIAN) - УВАГА! Якщо вам потрібна допомога вашою рідною мовою, телефонуйте на номер **1(415) 547-7800** (TTY: **1(415) 547-7830** або **711**). Люди з обмеженими можливостями також можуть скористатися допоміжними засобами та послугами, наприклад, отримати документи, надруковані шрифтом Брайля та великим шрифтом. Телефонуйте на номер **1(415) 547-7800** (TTY: **1(415) 547-7830** або **711**). Ці послуги є безкоштовними.

TIẾNG VIỆT (VIETNAMESE) - CHÚ Ý: Nếu quý vị cần trợ giúp bằng ngôn ngữ của mình, vui lòng gọi số **1(415) 547-7800** (TTY: **1(415) 547-7830** hoặc **711**). Chúng tôi cũng hỗ trợ và cung cấp các dịch vụ dành cho người khuyết tật, như tài liệu bằng chữ nổi Braille và chữ khổ lớn (chữ hoa). Vui lòng gọi số **1(415) 547-7800** (TTY: **1(415) 547-7830** hoặc **711**). Những dịch vụ này đều là miễn phí.

La Evidencia de Cobertura y el Formulario de Autorización de Divulgación del San Francisco Health Plan deben responder a sus preguntas acerca de cómo utilizar el Plan. Esta combinación de evidencia de la cobertura y **Formulario de Autorización de Divulgación constituye 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 de la solución de problemas, quejas y reclamos.

Resumen de Beneficios: Una tabla para ayudarlo a comparar los Beneficios de la cobertura.

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

Todas las referencias en este documento a "Healthy Workers HMO" incluirán colectivamente (i) "Empleados a demanda", una clase de empleados de la Ciudad y el Condado de San Francisco clasificados como trabajadores "temporales, exentos según se necesite"; y (ii) Trabajadores de servicios de apoyo en el hogar ("Trabajadores IHSS") que son empleados elegibles de la Autoridad Pública de IHSS.

Como Miembro de Healthy Workers HMO, tendrá acceso a servicios médicos por medio de la red de atención médica de la ciudad, San Francisco Health Network (SFHN). Las clínicas y Proveedores de SFHN, Zuckerberg San Francisco General Hospital and Trauma Center, 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 esta Evidencia de Cobertura tienen definiciones específicas. Estas palabras están escritas en mayúsculas. Estas palabras y sus significados se encuentran en la sección Definiciones en la página 27.

Puede solicitar este documento en formatos alternativos como Braille, letra de tamaño grande y audio. Para solicitar otros formatos o para solicitar ayuda para leer este documento y otros materiales de SFHP, llame a Servicio al Cliente al **1(415) 547-7800** o a la línea gratuita de **1(800) 288-5555**. Si tiene deficiencias auditivas, llame a la línea TTY al **1(415) 547-7830**, a la línea gratuita al **1(888) 883-7347** o a través del California Relay Service al **711**.

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.

Llame al Servicio al Cliente, al **1(415) 547-7800** (llamada local) o al **1(800) 288-5555**, de lunes a viernes, de 8:30am a 5:30pm si desea obtener información adicional sobre los Beneficios de SFHP. El Centro de Servicio de San Francisco Health Plan se encuentra en:

550 Kearny Street, Lower Level
San Francisco, CA 94108.

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 surtir sus recetas médicas

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

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

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

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

Llame a la Línea de Asesoramiento de Enfermeras de San Francisco Health Plan 24/7 al **1(877) 977-3397**:

- Para hablar con una enfermera capacitada y certificada que le puede ayudar a responder sus preguntas de atención médica, le dé consejos y le indique que se dirija al centro de Atención de Urgencia si fuera necesario.
- Este servicio es gratuito y está disponible en su idioma.
- Está disponible las 24 horas del día los 7 días de la semana,

Proveedores con la In-Home Supportive Services Public Authority (IHSS PA): para averiguar si es elegible para Healthy Workers HMO o para solicitar su inscripción, comuníquese con la Autoridad Pública de IHSS al **1(415) 593-8125**

Empleados a demanda de la ciudad y el condado de San Francisco: para averiguar si es elegible para Healthy Workers HMO o para solicitar su inscripción, comuníquese con el Departamento de Recursos Humanos, al **1(628) 652-0865**.

Llame a San Francisco Behavioral Health Services (SFBHS) las 24 horas del día, los 7 días de la semana, al **1(415) 255-3737** o al **1(888) 246-3333** (línea gratuita) o al **1(888) 484-7200** (TTY), para:

- Obtener asesoría sobre salud mental
- Hablar con un consejero especialista en abuso de sustancias

Llame a VSP Vision Care 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

AVISO DE NO DISCRIMINACIÓN

La discriminación está prohibida por ley. San Francisco Health Plan (SFHP) cumple con todas las leyes federales de derechos civiles. SFHP no discrimina, ni excluye a las personas ni las trata diferente debido a su ascendencia, religión, estado civil, identidad de género, raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, identidad de género u orientación sexual.

SFHP ofrece:

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

Si necesita estos servicios, comuníquese con Servicio al Cliente de SFHP entre las 8:30 am y las 5:30 pm, de lunes a viernes, llamando al **1(415) 547-7800** o al **1(800) 288-5555** (llamada gratuita). O, si no puede hablar o escuchar bien, llame al TTY **1(415) 547-7830** o al **1(888) 883-7347** (llamada gratuita).

CÓMO PRESENTAR UNA QUEJA

Si cree que SFHP no cumplió con proporcionar estos servicios o cometió discriminación de alguna otra forma con base a la raza, color, nacionalidad de origen, edad, discapacidad o sexo puede presentar un reclamo ante SFHP. Usted puede presentar una queja por teléfono, por escrito o por vía electrónica:

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

San Francisco Health Plan
P.O. Box 194247
San Francisco, CA 94119
- En persona: Visite al consultorio de su médico o el Centro de Servicios de SFHP y diga que desea presentar una queja. El Centro de Servicio de SFHP está ubicado en 550 Kearny Street, Lower Level, San Francisco, CA 94108.
- Por vía electrónica: Visite el sitio web de SFHP en **sfhp.org**.

OFICINA DE DERECHOS CIVILES

También puede presentar un reclamo de derecho civil ante la Oficina de Derechos Civiles del U.S. Department of Health and Human Services por teléfono, por escrito o electrónicamente:

- Por teléfono: Llame al **1(800) 368-1019**.
Si no puede hablar o escuchar bien,
llame al TTY **1(800) 537-7697**.
- Por escrito: Llene un formulario de queja o envíe una carta a:

U.S. Department of Health and
Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201

Los formularios de queja están
disponibles en
hhs.gov/ocr/office/file/index.html.
- Por vía electrónica: Visite el portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles en
ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf

Índice

Guía rápida..... 12

1. Introducción..... 12

Cómo funciona la atención administrada..... 12

Determinación de la elegibilidad..... 12

Trabajadores de IHSS con la IHSS

Public Authority (IHSS PA) 12

Razones para la terminación de un
empleado de IHSS 12

Empleados a demanda..... 13

Categoría A: Empleados a demanda con

menos de 3 años de servicio para la

Ciudad 13

Categoría B: Empleados a demanda con

3 o más, pero menos de 6 años de

servicio para la Ciudad 13

Categoría C: Empleados a demanda con

6 o más años de servicio para la Ciudad..... 13

Razones para la finalización de la
cobertura *Categorías A, B y C*..... 14

Compartir su información con

Covered California..... 15

Información para los Miembros que

tienen problemas de lectura 15

Ayuda en otros idiomas y para personas

con deficiencias auditivas..... 15

2. Elección de su Proveedor de Atención Primaria (PCP) 15

¿Qué es un Proveedor de Atención

primaria (PCP)?..... 15

¿Qué tipo de Proveedor puede ser

un PCP? 16

Usar el Directorio de Proveedores..... 16

Elegir su Proveedor de Atención

Primaria (PCP) 16

Cambiar su Proveedor de Atención

Primaria (PCP) 16

¿Por qué podría un proveedor solicitar

un cambio del PCP del Miembro? 17

Si su PCP se retira de SFHP 17

Cómo programar citas con su Proveedor

de Atención Primaria (PCP) 17

3. Obtener atención con su nuevo Plan de salud 17

Programar exámenes médicos regulares

y atención de rutina 17

Obtener una derivación 17

Atención hospitalaria 18

Servicios de salud conductual 18

Farmacia 19

Programas de Educación sobre Salud 19

Acceso oportuno a la atención 19

4. Servicios y cargos del Plan de salud 21

Copagos..... 21

Cargos por servicio fuera de la red 21

Resumen de Beneficios..... 22

Un cuadro que le ayuda a comparar los

Beneficios de la cobertura..... 22

Evidencia de Cobertura 25

5. Acerca del San Francisco Health Plan (SFHP) 25

6. Derechos y responsabilidades del Miembro 25

Derechos del Miembro 25

Responsabilidades del Miembro 26

7. Definiciones..... 27

Acuerdo de Grupo..... 27

Afección aguda 27

Afección crónica grave 27

Afección de Salud Mental o Trastorno

por consumo de sustancias..... 27

Afección médica de emergencia 27

Afección médica psiquiátrica de

emergencia 27

Año de Beneficios 27

Aparatos ortopédicos 27

Aparatos protésicos 27

Arbitraje..... 28

Área de servicio 28

Atención a domicilio.....	28	Miembro	32
Atención de salud conductual.....	28	Paciente hospitalizado	32
Atención de urgencia.....	28	Plan de salud	32
Atención dental.....	28	Plan	32
Atención en un centro de cuidados paliativos	28	Prima.....	32
Atención para Pacientes ambulatorios	28	Procedimiento cosmético	32
Autorización (Autorizado)	28	Profesional de la salud	32
Autorización previa de farmacia	28	Profesional médico debidamente calificado	32
Beneficios (Servicios cubiertos)	28	Programa.....	32
Centro de enfermería especializada.....	28	Proveedor de Atención Primaria	32
Circunstancias apremiantes	29	Proveedor No participante	32
Cirugía reconstructiva.....	29	Proveedor Participante.....	32
Comité de Farmacia y Terapéutica.....	29	Proveedor	32
Copago.....	29	Proveedor terminado.....	33
Custodia	29	Que pone en peligro la vida	33
De naturaleza experimental o investigativa.....	29	Queja	33
Derivación permanente	29	Receta.....	33
Directorio de Proveedores.....	29	Rehabilitación.....	33
Discapacidad.....	29	Segunda opinión	33
Discapacidad total	29	Servicio de atención médica en disputa	33
Empleado	30	Servicios cubiertos (Beneficios)	33
Empleador	30	Servicios de Emergencia	33
Enfermedad gravemente debilitante.....	30	Servicios delicados	33
Enfermo terminal	30	Servicios hospitalarios para Pacientes ambulatorios	34
Ensayo clínico aprobado	30	Servicios hospitalarios para Pacientes hospitalizados	34
Equipo médico duradero (DME)	30	SFHP	34
Especialista	30	Solicitud de comunicación confidencial.....	34
Evidencia de Cobertura y Formulario de Autorización de Divulgación (EOC)	30	Terapia de pasos o terapia escalonada	34
Exclusión	30	Terapia del habla	34
Grupo Médico.....	31	Terapia física.....	34
Hospital	31	Terapia ocupacional.....	34
Incongruencia de género.....	31	Terapia respiratoria	34
Infertilidad iatrogénica	31	Trabajo de parto activo	34
Medicamento necesario	31	Tratamiento de salud conductual	34
Medicamento de marca	31	Tratamiento Medicamento necesario de una Afección de Salud mental o	
Medicamentos del Formulario	31	Trastorno por consumo de sustancias	35
Medicamentos genéricos.....	31		
Medicamentos no incluidos en el Formulario	31		

**8. Selección de Proveedores de
Atención primaria y centros 35**

- A. Proveedores de Atención primaria independientes y profesionales médicos/centros 35
- B. Selección de un Proveedor de Atención Primaria 35
- C. Cambio de Proveedor de Atención Primaria 36
- D. Programación de citas 36
- E. Una relación positiva con su Proveedor de Atención Primaria 36

9. Cómo utilizar San Francisco Health Plan 37

- A. Autorización de servicios 37
- B. Atención médica de emergencia 37
- Posestabilización 38
- C. Atención de Seguimiento después de recibir Servicios de Emergencia o Atención de Urgencia 39
- D. Derivaciones a Especialistas 39
- E. Servicios que no requieren derivaciones 39
- F. Acceso directo a OB/GYN 39
- G. Derivaciones permanentes a Especialistas 39
- H. Segundas opiniones 40
- I. Responsabilidad de pago del Miembro 40

10. Beneficios de SFHP 41

- A. Información importante 41
- B. Servicios profesionales 41
- C. Servicios de diagnóstico de laboratorio y rayos X 42
- D. Servicios de salud preventivos 42
- E. Servicios hospitalarios 42
- F. Servicios hospitalarios para Pacientes ambulatorios (Servicios de atención ambulatoria) 44
- G. Servicios de rehabilitación a cortoplazo 44
- H. Atención del embarazo y la maternidad 44

- I. Planificación familiar 44
- J. Servicios de atención médica en el hogar 45
- K. Atención en centros de cuidados paliativos 46
- L. Servicios de atención médica de emergencia 46
- M. Hospitalización de emergencia 46
- N. Servicios de Emergencia fuera de lared 47
- O. Servicios de ambulancia 47
- P. Servicios de Ambulancia no de Emergencia 47
- Q. Tratamiento de las encías 47
- R. Servicios de cirugía plástica y reconstructiva 48
- S. Estudios clínicos 48
- T. Medicamentos recetados 49
- Proceso de Autorización previa de farmacia 51
- U. Formulario 52
- V. Atención de la audición 53
- W. Afección de salud mental y trastornos por consumo de sustancias 53
- X. Tratamiento de salud conductual 55
- Y. Servicios para el trastorno por consumo de sustancias 55
- Z. Equipo médico duradero 56
- AA. Beneficios de trasplante de órganos humanos 56
- BB. Materiales, equipo y servicios para el tratamiento o control de la diabetes 56
- CC. Servicios del centro de enfermería especializada 57
- DD. Servicios de afirmación de género 57
- EE. Reembolso de reclamos por servicios de emergencia 57
- FF. Preservación de la fertilidad 58
- GG. Cambios en el Programa de Beneficios 58

11. Exclusiones y limitaciones 58

- A. Exclusiones y limitaciones generales 58

B. Exclusiones y limitaciones específicas	58	17. Otras disposiciones	70
12. Elegibilidad e inscripción	62	A. Revisión por el director del Department of Managed Health Care	70
13. Terminación, cancelación y cambios en Beneficios, y cargos	62	B. Participación en políticas públicas	70
A. Terminación de los Beneficios	62	C. No transferibilidad	70
B. Cancelación del Acuerdo de servicio de grupo	63	D. Contratistas independientes	71
C. Readmisión	63	E. Continuidad de la atención de un proveedor cancelado	71
D. Derecho de la persona a la cancelación	63	F. Continuidad de la atención para nuevos Miembros por parte de Proveedores no contratados	71
E. Cambios en Beneficios y cargos	63	G. Pago de Proveedores	71
14. Continuación de cobertura de grupo	64	H. Confidencialidad de la información médica	72
Cobertura de Continuación de Grupo (COBRA o Cal-COBRA)	64	I. Servicios delicados	72
15. Duplicidad de cobertura, responsabilidad de terceros y coordinación de Beneficios	64	J. Solicitar comunicaciones confidenciales	73
A. Cobertura duplicada	64	K. Participación en el Programa de Beneficios	73
B. Responsabilidad de terceros	65	L. Ley aplicable	73
C. Coordinación de Beneficios	65	M. Desastres naturales, interrupciones y limitaciones	74
16. Procedimientos de reclamos y apelaciones	65		
A. Procesos de reclamos y apelaciones	65		
Presentación de una queja	66		
Proceso de quejas/reclamos	66		
B. Reclamos y apelaciones expeditas o urgentes	66		
C. Cooperación de los Miembros en el proceso de quejas	67		
D. A dónde escribir	67		
E. Apelaciones de decisiones de Autorización de farmacia	67		
F. Revisión médica independiente de quejas que involucran un servicio de atención médica en disputa	68		
G. IMR Experimental/De investigación	68		
H. Reclamos ante el Department of Managed Health Care	69		
I. Arbitraje de disputas	69		

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 satisface las necesidades básicas de atención médica.

Su PCP forma parte del San Francisco Health Network Medical Group (SFN), y trabaja en una clínica de la San Francisco Health Network. SFN está conformado por médicos, especialistas y otros Proveedores de servicios de atención médica, así como Zuckerberg San Francisco General Hospital and Trauma Center. Su PCP, junto con SFN, 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 o 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 IHSS Public Authority (IHSS PA)

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 IHSS Public Authority determina su elegibilidad cuando usted devuelve el Formulario de Inscripción/Solicitud de la Cobertura de Salud; cuando cumpla estos requisitos, estará inscrito en Healthy Workers HMO. SFHP le avisará sobre su nueva cobertura de atención médica en ese momento.

Cada mes, la IHSS Public Authority 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 trabaja menos de 25 horas durante un mes, seguirá siendo un Miembro de Healthy Workers HMO por tres meses, incluido el mes en que trabaje menos de 25 horas, y luego finalizará su cobertura, a menos que trabaje 25 horas en uno de esos tres meses consecutivos.

Por ejemplo, si trabaja menos de 25 horas en enero, usted seguirá siendo Miembro de Healthy Workers HMO en enero, febrero y marzo, y luego su cobertura finalizará el 31 de marzo, a menos que trabaje 25 horas en uno de esos tres meses.

Razones para la terminación de un empleado de IHSS

Una vez inscrito, seguirá siendo Miembro de Healthy Workers HMO a menos que:

- Ya no es empleado de IHSS
- Trabaje menos de 25 horas al mes durante tres meses seguidos
- Deje de pagar su Prima trimestral, si corresponde
- Avise a SFHP que desea cancelar su cobertura de atención médica
- Ya no viva o trabaje dentro del área de cobertura de SFHP (un recorrido de más de 30 millas o 30 minutos hasta su proveedor de atención médica)
- Cometer fraude intencionalmente en relación con la membresía o un proveedor del Plan, después de que le enviemos la notificación escrita solicitada al suscriptor. Algunos ejemplos de fraude incluyen, pero no se limitan a:

- Tergiversar información de elegibilidad sobre usted o un dependiente
- Presentar una receta médica o una orden inválida
- Uso indebido de una tarjeta de identificación de Healthy Workers HMO (o dejar que otra persona la use)

Si cancelamos su membresía por declaración falsa intencional o fraude, no se le permitirá inscribirse en Healthy Workers HMO en el futuro. También podemos denunciar fraude penal y otros actos ilegales a las autoridades correspondientes para su procesamiento.

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 3 meses calendario, con la excepción del período inicial de Beneficios de cinco (5) meses del 1 de agosto al 31 de diciembre. La elegibilidad inicial de Beneficios para los empleados a demanda según este acuerdo que inicia el 1 de agosto se basará en los datos de trabajo del Empleado para el período del 21 de abril al 6 de abril del año siguiente.

A partir del 1 de enero, la elegibilidad continua se determinará por lo menos cada trimestre, con base en 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, el período de recolección de datos se determinará a partir de los datos recolectados del empleado de los veintiséis (26) períodos quincenales de pago que hayan finalizado el 30 de septiembre del año anterior.

Categoría A: Empleados a demanda con menos de 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 3 o más, pero menos de 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 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. 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 (incluyendo, pero no limitado 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 Categorias A, B y C

Una vez inscrito, seguirá siendo Miembro de Healthy Workers HMO a menos que:

- Ya no sea un Empleado de la Ciudad.
- Ya no cumpla con los requisitos de elegibilidad.
- Deje de pagar su Prima trimestral, si corresponde.
- Decida cancelar la cobertura.
- 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.
- Esté inscrito como dependiente en un Plan de salud que ofrezca el Sistema de Servicios de Salud de la Ciudad.

- Se mude del Área de Servicio del Plan de salud y ya no trabaje en el Área de Servicio.
- Cometer fraude intencionalmente en relación con la membresía o un proveedor del Plan, después de que le enviemos la notificación escrita solicitada al suscriptor. Algunos ejemplos de fraude incluyen, pero no se limitan a:
 - Tergiversar información de elegibilidad sobre usted o un dependiente
 - Presentar una receta médica o una orden inválida
 - Uso indebido de una tarjeta de identificación de Healthy Workers HMO (o dejar que otra persona la use)

Si cancelamos su membresía por declaración falsa intencional o fraude, no se le permitirá inscribirse en Healthy Workers HMO en el futuro. También podemos denunciar fraude penal y otros actos ilegales a las autoridades correspondientes para su procesamiento.

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.

Proveedores con la In-Home Supportive Services Public Authority (IHSS PA): para averiguar si es elegible para Healthy Workers HMO o para solicitar su inscripción, comuníquese con la Autoridad Pública de IHSS al **1(415) 593-8125**.

Empleados a demanda de la ciudad y el condado de San Francisco: para averiguar si es elegible para Healthy Workers HMO o para solicitar su inscripción, comuníquese con el Departamento de Recursos Humanos, al **1(628) 652-0865**.

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

Compartir su información con Covered California

La ley de California exige que SFHP le notifique cada año de que le proporcionaremos información, incluyendo su nombre, dirección postal y número de teléfono a Covered California si su cobertura de atención médica con nosotros termina. Covered California utilizará esta información para ayudarle a obtener otra cobertura de salud. Si no desea autorizar que SFHP comparta su información con Covered California, puede negarse a que se comparta esta información. Si no quiere que compartamos su información con Covered California, comuníquese con nosotros al **1(800) 288-5555**, de lunes a viernes, de 8:30am a 5:30pm; escriba al Servicio al Cliente de SFHP a: SFHP Customer Service, P.O. Box 194247, San Francisco, CA 94119; o use el formulario en línea en **sfhp.org/customerservice** en cualquier momento para rechazar que se comparta esta información. Tenga en cuenta que no podrá negarse a que se comparta la información si se comunica con nosotros después de que termine su cobertura.

Información para los Miembros que tienen problemas de lectura

Si no puede ver bien, SFHP le proporcionará este manual y otros materiales importantes del Plan en formatos alternativos, tales 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** (TTY) o a la línea gratuita al **1(888) 883-7347**.

Ayuda en otros idiomas y para personas con deficiencias auditivas

Si el inglés no es su idioma principal o si usted se siente más cómodo hablando en otro idioma, Servicio al Cliente puede ayudarle. Nuestros representantes de Servicio al Cliente hablan

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 deficiencias auditivas deben llamar al **1(415) 547-7830** (TTY) o a la línea gratuita al **1(888) 883-7347**.

2. Elección de su Proveedor de Atención Primaria (PCP)

LEA LA SIGUIENTE INFORMACIÓN PARA CONOCER DE QUIÉNES O DE QUÉ GRUPO DE PROVEEDORES PUEDE OBTENER SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA.

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

Un Proveedor de Atención primaria (PCP) es su médico personal de SFHN. Él o ella trabajará con usted para mantenerlo saludable. Su PCP forma parte de una clínica de SFHN. 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
- gineco-obstetricia (OB/GYN): atención médica para la mujer y el embarazo.
- Las enfermeras especializadas, partera certificada y médicos asistentes también están disponibles como

Proveedores de Atención primaria, siempre y cuando ejerzan con un médico de SFHP.

Usar el Directorio de Proveedores

La versión impresa del Directorio de Proveedores está disponible en inglés, español, chino, vietnamita, ruso y tagalo.

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.

Puede solicitar una copia del Directorio de Proveedores llamando al Servicio al Cliente de Healthy Workers HMO al **1(415) 547-7800** (llamada local) o al **1(800) 288-5555**. También puede verlo en línea en inglés, español, chino, vietnamita y ruso, en sfhp.org.

Elegir su Proveedor de Atención Primaria (PCP)

Cuando se afilie a Healthy Workers HMO, le asignaremos una clínica de SFHN que esté cerca de su residencia. Su PCP es la clínica a la que usted está asignado. Dos semanas después de su inscripción, 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 en dos maneras para ayudarle a encontrar uno que sea correcto para usted:

- Alfabéticamente: si conoce el nombre del Proveedor que desea consultar.
- 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?

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. Si usted solicita el cambio antes del 16 del mes y usted recibe servicios durante ese mes, el cambio se hará efectivo a partir del día 1 del mes actual. Si solicita el cambio el día 16.º del mes o después, o recibió servicios durante ese mes, el cambio se hará efectivo el primer día del mes siguiente, en la mayoría de los casos. Recibirá una nueva tarjeta con el nombre y número de teléfono de su nuevo PCP.

NOTA IMPORTANTE: Si usted necesita ver a un PCP antes de obtener 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?

- Debilitamiento irreconciliable en la relación médico-paciente.
- Agresión física y comportamiento violento por parte del Miembro, incluidas amenazas y abuso verbal y físico
- Fraude por parte del Miembro
- Falta de cumplimiento del Plan de administración de la atención del PCP
- 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 de SFHP

Le avisaremos si su proveedor se retira de 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 con 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 derivándolo a un especialista.

El número de teléfono de su clínica aparece en su tarjeta de identificación de Miembro. Si pierde su Tarjeta de identificación de Miembro, llame a Servicio al Cliente para pedir una tarjeta de reemplazo, al **1(415) 547-7800** (llamada local) o **1(800) 288-5555**, de lunes a viernes, de 8:30am a 5:30pm.

3. Obtener atención con su nuevo Plan de salud

Programar 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.

Obtener una derivación

Su PCP proporciona atención médica general. Si necesita más servicios especializados, su PCP lo derivará a un especialista. Si ese especialista está fuera de SFHN, su PCP solicitará a SFHP la Autorización de sus visitas y atención a ese especialista. SFHP aprobará o denegará la solicitud con base en la necesidad médica. Debe obtener una derivación para atención especializada antes de hacer la cita. Su PCP comenzará el proceso de derivación por usted.

Los servicios que no requieren una derivación de su PCP son:

- Visitas al PCP dentro de la red
- Servicios de Emergencia
- Visitas al OB/GYN dentro de la red
- Atención de la vista dentro de la red
- Servicios de salud conductual dentro de la red

Tiene derecho a pedir una Segunda opinión sobre tratamientos médicos, cirugías o servicios para una condición de salud mental o por consumo de sustancias. Si desea una Segunda opinión médica, infórmelo a su Proveedor. 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, el Plan autorizará la Segunda opinión, que la proporcionará un Profesional médico debidamente calificado que usted elija de cualquier Grupo Médico dentro de 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, incluyendo, pero no limitada a, 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 necesita 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, de 8:30am a 5:30pm.

Atención hospitalaria

Si necesita Servicios hospitalarios o de emergencia, su hospital de la red es Zuckerberg San Francisco General Hospital and Trauma Center. La dirección es 1001 Potrero Avenue, San Francisco, CA 94110. Excepto para servicios de emergencia, es posible que necesite Autorización para ir a otro hospital.

Servicios de salud conductual

San Francisco Behavioral Health Services (SFBHS) proporciona los Servicios de Salud conductual. Puede llamar a la Línea de Ayuda de Acceso de SFBHS para obtener una derivación a un Proveedor que pueda satisfacer mejor sus

necesidades. Para comunicarse con la Línea de Ayuda de Acceso, llame al **1(415) 255-3737** o al **1(888) 246-3333** (línea gratuita) o al **1(888) 484-7200** (TTY).

Los Beneficios de Salud conductual incluyen Atención para Pacientes hospitalizados y para Pacientes ambulatorios de la siguiente manera:

- La Atención de Salud Conductual para Pacientes ambulatorios está cubierta cuando lo deriva su PCP.

Un psiquiatra, psicólogo, otro consejero con licencia o sin licencia participantes u otro profesional de salud conductual participante pueden proporcionarle 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.

- La hospitalización parcial está cubierta como un servicio para Pacientes ambulatorios por SFBHS.
- Servicios para trastornos por consumo de sustancias.

Consulte la página 55 por Servicios de Salud Conductual adicionales cubiertos por SFHP.

Cuando un servicio de trastorno de salud mental o por consumo de sustancias no está disponible en la red dentro de los estándares de acceso geográfico y oportuno, el SFBHS coordinará los servicios fuera de la red y los servicios de seguimiento.

Si desea una copia de los criterios de revisión clínica, programas educativos o materiales de capacitación de las asociaciones profesionales sin fines de lucro de Salud Mental (LOCUS, CALOCUS/CASII), para Trastorno por consumo de sustancias (ASAM), o incongruencia de género (WPATH), o terapia electroconvulsiva (American Psychological Association, The Canadian Network for Mood and Anxiety Treatment) o Servicios de Análisis Conductual Aplicado (ABA) Services (Council of Autism Service Providers), llame a Servicio al Cliente de SFHP al **1(415) 547-7800** (llamada local) o al **1(800) 288-5555**, de lunes a viernes, de

8:30am a 5:30pm para obtener una copia gratuita.

Usted tiene derecho a recibir servicios para trastornos por consumo de sustancias/salud mental (MH/SUD) de manera oportuna y geográficamente accesibles cuando los necesite. Si SFHP no coordina esos servicios para usted con un proveedor adecuado que esté en la red del Plan de salud, el Plan de salud debe cubrir y coordinar los servicios que necesita para usted de un proveedor fuera de la red. Si eso sucede, no tiene que pagar nada más que su costo compartido normal dentro de la red.

Si no necesita los servicios con urgencia, su Plan de salud debe ofrecerle una cita que no sea en más de 10 días hábiles a partir del momento en que solicitó los servicios al Plan de salud. Si necesita los servicios de manera urgente, su Plan de salud debe ofrecerle una cita dentro de 48 horas después de su solicitud (si el Plan de salud no requiere Autorización previa para la cita) o dentro de 96 horas (si el Plan de salud requiere Autorización previa).

Si su Plan de salud no hace los arreglos para que usted reciba servicios dentro de estos plazos y dentro de los estándares de acceso geográfico, puede hacer los arreglos para recibir servicios de cualquier proveedor con licencia, incluso si el proveedor no está en la red de su Plan de salud. Para tener cobertura de su Plan de salud, su primera cita con el proveedor debe ser dentro de 90 días calendario a partir de la fecha en que solicitó los servicios de MH/SUD.

Si tiene preguntas acerca de cómo obtener servicios para MH/SUD o está teniendo dificultades para obtener servicios, usted puede:

1) llamar a su Plan de salud al número de teléfono que figura en el reverso de su tarjeta de identificación del Plan de salud; 2) llamar al Centro de Ayuda del California Department of Managed Care al 1(888) 466-2219; o 3) comunicarse con el California Department of Managed Health Care a través de su sitio

web en www.healthhelp.ca.gov para solicitar asistencia para obtener servicios para MH/SUD.

Farmacia

Cuando necesite medicamentos, su PCP o el especialista al cual fue derivado 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 muéstrele su tarjeta de identificación de Miembro al farmacéutico.

SFHP tiene un Formulario de medicamentos. El Formulario de medicamentos es la lista de medicamentos que SFHP pagará. El Formulario de SFHP se puede visualizar en sfhp.org. También puede solicitar información sobre si un medicamento específico está en el Formulario, llamando a Servicio al Cliente de SFHP al **1(415) 547-7800** (llamada local) o al **1(800) 288-5555** (línea gratuita).

Programas de Educación sobre 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** (llamada local) o al **1(800) 288-5555**, de lunes a viernes, de 8:30am a 5:30pm.

Acceso oportuno a la atención

Usted debe poder hacer una cita para recibir servicios cubiertos de acuerdo con sus necesidades médicas. El California Department of Managed Care (DMHC) estableció estándares

para los tiempos de espera de las citas. Estos son:

Tipo de cita	Tiempo de espera estándar
Para Atención de urgencia, si no es necesario tener Autorización previa	Dentro de un plazo de 48 horas después de haber pedido la cita
Para Atención de urgencia, si es necesario tener Autorización previa*	Dentro de un plazo de 96 horas después de haber pedido la cita
Para consultas de Atención primaria (que no son de urgencia)	En un plazo de 10 días hábiles después de haber pedido la cita
Para consultas de rutina con un médico especialista (que no son de urgencia)	En un plazo de 15 días hábiles después de haber pedido la cita
Para visita de rutina (no urgente) de proveedor de salud mental (no médico)	En un plazo de 10 días hábiles después de haber pedido la cita
Para visita de seguimiento (no urgente) de proveedor de salud mental (no médico)	En un plazo de 10 días hábiles a partir de la última cita
Para visita para servicios auxiliares (de apoyo) de rutina para el diagnóstico o tratamiento de lesión, enfermedad u otra condición de salud (no urgente)	En un plazo de 15 días hábiles después de haber pedido la cita
Servicios de Salud Mental/Trastorno por consumo de sustancias (MH/SUD) (no urgentes)	No más de 10 días hábiles
Servicios para MH/SUD (médico especialista)	En un plazo de 15 días calendario después de la solicitud

Tipo de cita	Tiempo de espera estándar
Servicios para MH/SUD (urgentes, el Plan de salud no requiere Autorización previa)	Dentro 48 horas de la solicitud inicial
Servicios para MH/SUD, urgentes, el Plan de salud requiere Autorización previa)	Dentro 96 horas de la solicitud inicial

* Es posible que se necesite Autorización previa si usted consulta con un proveedor que no forme parte de su Grupo Médico.

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

En función de sus necesidades, su médico puede recomendarle un Programa específico de servicios preventivos, de seguimiento de enfermedades en curso o de derivación permanente a especialistas. Atención preventiva significa la prevención y detección temprana de enfermedades. Esto incluye exámenes físicos, vacunas, educación para la salud y atención del embarazo. Los tiempos de espera estándar tampoco aplican a la atención periódica de seguimiento que se Programa con anticipación. Algunos ejemplos de atención periódica de seguimiento son las Derivaciones permanentes a Especialistas y visitas recurrentes al consultorio por afecciones crónicas. Su proveedor podría sugerir una programación específica para este tipo de atención, según sus necesidades.

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

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

- Para llamadas a Servicio al Cliente de SFHP: antes de 10 minutos durante el horario normal de oficina, de lunes a viernes, de 8:30am a 5:30pm
- Para llamadas de selección o clasificación: antes de 30 minutos, 24 horas al día, 7 días a la semana

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

SFHP cubre los servicios de atención médica debidamente prestados a través de telesalud en la misma base y en la misma medida que el diagnóstico, consulta o tratamiento en persona, y la cobertura no se limita solo a los servicios prestados por Teladoc.

Los servicios están disponibles en persona o a través de telesalud, si están disponibles, de su Proveedor dentro de la red dentro de los tiempos de espera enumerados en la tabla de Acceso oportuno a la atención en esta sección.

Tiene derecho a acceder a sus registros médicos. El registro de cualquier servicio que se le proporcione a través de Teladoc se compartirá con su Proveedor de Atención Primaria, a menos que usted se oponga. Todos los servicios recibidos a través de Teladoc también están disponibles por el mismo costo que servicios en persona dentro de la red.

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. En el Programa no hay deducibles ni límites máximos vitalicios de los Beneficios financieros 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 SFHN, clínicas, Zuckerberg San Francisco General Hospital and Trauma Center, Proveedores de visión, Proveedores de salud mental y farmacias) que aparecen en el Directorio de Proveedores de Healthy Workers HMO trabajan para 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 derivarlo a un proveedor fuera de la red.

La Atención de emergencia está cubierta 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 derivación y obtiene las autorizaciones necesarias**. 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 Healthy Workers HMO.

Resumen de Beneficios

Un cuadro que le ayuda a comparar los Beneficios de la cobertura

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

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

Beneficio	Servicio cubierto	El Miembro paga
Deducibles		Sin deducibles
Máximo vitalicio		Ilimitado
Límite de desembolso directo		\$5,000
Servicios profesionales	En Hospital con licencia, Centro de enfermería especializada, hospicio, centro de salud conductual; visita al médico en el consultorio o en el domicilio	Sin Copago
Servicios para Pacientes ambulatorios	Quimioterapia, diálisis, cirugía, anestesiología, radiación y cobro asociado del centro Medicamento necesario; prueba de detección y servicios y de pruebas de COVID-19, vacunas y terapia	Sin Copago
Servicios de Hospitalización	Habitación y alimentación, atención general de enfermería y servicios auxiliares, que incluyen sala de operaciones, unidad de cuidados intensivos, Medicamentos recetados, laboratorio y radiología durante la permanencia en el hospital	Sin Copago
Cobertura de salud 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 Medicamento necesario	Sin Copago

Beneficio	Servicio cubierto	El Miembro paga
Cobertura de Medicamentos recetados	Los Medicamentos recetados tienen cobertura de acuerdo con el Formulario de SFHP hasta un suministro para 30 días por receta médica. Un suministro para 90 días de medicamentos genéricos selectos y medicamentos para condiciones crónicas estarán disponibles por un Copago de receta médica.	\$5 de Copago por receta para medicamentos genéricos de la Lista de medicamentos y medicamentos de marca del Formulario que tengan un equivalente genérico disponible. \$10 de Copago por receta para medicamentos de marca de Formulario Sin Copago para medicamentos de atención preventiva aprobados por la FDA (incluyendo medicamentos para prevenir infección por HIV), medicamentos y dispositivos anticonceptivos, y suministros para pruebas y tratamiento para COVID dentro de la red
Equipo médico duradero	Equipo adecuado para uso en el hogar, 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 proporcionados a través del departamento de salud conductual del Condado con una derivación. Consulte las páginas 18, 37 y 55 para ver una lista detallada de los servicios.	Sin Copago
Servicios para dependencia química y trastornos por consumo de sustancias	- Visitas para Pacientes ambulatorios para intervención de crisis - Servicios de desintoxicación, para dependencia química y consumo de sustancias para Pacientes hospitalizados - Intervención en crisis y tratamiento de abuso de alcohol o drogas según sea Médicamente necesario Consulte la página 55 para ver una lista detallada de los servicios para dependencia química y trastornos por consumo de sustancias para Pacientes hospitalizados.	\$0 Sin Copagos
Servicios de Salud en el Hogar	Atención especializada Médicamente necesaria (no de custodia); visitas domiciliarias, fisioterapia, terapia ocupacional y del habla hasta 100 días al año.	Sin Copago

Beneficio	Servicio cubierto	El Miembro paga
Audífonos/Servicios para la audición	Evaluaciones audiológicas, ayuda auditiva, materiales, visitas para acondicionamiento, orientación, ajustes, reparaciones	Sin Copago
Exámenes/Materiales de la vista Con cobertura de su Plan de la vista (Vision Service Plan)	Exámenes anuales para determinar la necesidad de lentes correctores	\$10 por examen ocular \$25 por armazones de menos de \$100 cada 24 meses (el Miembro es responsable por el monto de más de \$100)
Servicios de diagnóstico de laboratorio y rayos X	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 prótesis	Aparatos ortopédicos y protésicos según los prescriban los Proveedores de SFHP	Sin Copago
Centros de enfermería especializada	Atención especializada Medicamente necesaria; habitación y alimentación; rayos X, laboratorio y otros servicios auxiliares; servicios sociales médicos; fármacos, medicamentos y suministros. Servicios de enfermería especializada están cubiertos desde el día de admisión y están limitados a 100 días durante cualquier Año de Beneficios.	Sin Copago
Cuidados paliativos	Atención especializada médicamente necesaria; atención en el hogar de rutina; atención en el hogar continua; asesoría, fármacos y materiales; atención de Pacientes hospitalizados a corto plazo para el control del dolor y administración de sistemas; servicios de asistencia por duelo; servicios para el responsable de la casa; fisioterapia, terapia del habla y ocupacional; servicios sociales médicos; atención a corto plazo de Pacientes hospitalizados y cuidado temporal de reemplazo	Sin Copago
Trasplantes	Trasplante Medicamente necesario de órganos y médula ósea; gastos médicos y hospitalarios de un donante o posible donante; gastos de pruebas y cargos relacionados con la obtención de un órgano de un donante	Sin Copago

Beneficio	Servicio cubierto	El Miembro paga
Terapias de rehabilitación Paciente hospitalizado	Terapia física, ocupacional y del habla	Sin Copago
Terapias de rehabilitación Paciente ambulatorio	Terapia física, ocupacional y del habla según sea Médicamente necesario	Sin Copago
Educación sobre la salud	Materiales para la educación de salud	Sin Copago (sin límites)

Evidencia de 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 de SFHP proporcionan todos los servicios de atención médica que los Miembros reciben. A cambio, 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 de atención médica especiales deben prestar especial atención a las secciones que aplican para ellos. Algunas de las palabras utilizadas en esta EOC tienen definiciones específicas. Estas palabras están escritas en mayúsculas. Estas palabras y sus significados se encuentran en la sección Definiciones en la página 27.

6. Derechos y responsabilidades del Miembro

Derechos del Miembro

Como Miembro de SFHP Healthy Workers HMO, tengo derecho a:

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

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

Responsabilidades del Miembro

Como Miembro de Healthy Workers HMO, tengo la responsabilidad de:

- Leer cuidadosamente todos los materiales de SFHP inmediatamente después de afiliarme, a fin de entender cómo utilizar mis Beneficios de SFHP.
- Hacer preguntas cuando sea necesario.
- Seguir las disposiciones de mi membresía de SFHP como se explica en esta Evidencia de Cobertura.
- Ser responsable de mi salud.
- Seguir los planes de tratamiento que mi médico desarrolle para mí y considerar y aceptar las consecuencias potenciales si me niego a cumplir con los planes o las recomendaciones de tratamiento.
- Hacer preguntas acerca de mi afección médica y asegurarme de entender las explicaciones e instrucciones que se me den.
- Programar y asistir a mis citas médicas e informar con anticipación a mi médico cuando deba cancelarlas.
- Comunicarme abiertamente con mi médico a fin de poder desarrollar una relación fuerte basada en la confianza y en la cooperación.
- Ofrecer sugerencias para mejorar SFHP.
- Ayudar al SFHP a mantener expedientes médicos precisos y actualizados proporcionando información oportuna respecto a cambios de domicilio, situación familiar y otra cobertura de Plan de salud.
- Notificar al SFHP en cuanto sea posible si se me factura incorrectamente o si tengo quejas.
- Tratar al personal y a los profesionales de atención médica de SFHP de manera respetuosa y cortés.
- Según lo requiera el Programa Healthy Workers HMO, pagar a tiempo cualquier Prima, Copago y cargos por servicios no cubiertos.

7. 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 de Salud Mental o Trastorno por consumo de sustancias se refiere a una afección de salud mental o trastorno por consumo de sustancias que esté comprendido en cualquiera de las categorías diagnósticas enumeradas en el capítulo de trastornos mentales y conductuales de la edición más reciente de la Clasificación Internacional de Enfermedades o que esté incluida en la versión más reciente del Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Los cambios en terminología, organización o clasificación de afecciones de salud mental y trastornos por consumo de sustancias en versiones futuras del American Psychiatric Association's Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders o la World Health Organization's International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems no afectarán las afecciones cubiertas por esta sección, siempre y cuando se entienda comúnmente que una afección es una afección de salud mental o consumo de sustancias por parte de Proveedores de atención médica que ejercen en especialidades clínicas relevantes.

Afección médica de emergencia significa una condición médica que se manifiesta a través de síntomas agudos de suficiente gravedad (incluido dolor severo o un trastorno psiquiátrico) tal que podría esperarse razonablemente que la ausencia de atención médica inmediata diera alguno de los siguientes resultados: 1) poner la salud del paciente en riesgo grave; 2) impedimento grave de las funciones corporales; 3) disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo. Servicios de Emergencia significa detección, exploración y evaluación médica por parte de un médico o hasta donde lo permitan las leyes aplicables, por parte de otro personal adecuado bajo la supervisión de un médico, para determinar si existe una Afección médica de Emergencia o Trabajo de parto activo y, de ser así, la atención, el tratamiento y la cirugía por parte de un médico necesarios para aliviar o eliminar la afección médica de emergencia, dentro de las capacidades del centro. Servicios de Emergencia también se refiere a cualquier detección, exploración y evaluación adicional por parte de un médico o de otro personal hasta donde lo permitan las leyes aplicables y dentro del alcance de su licencia y privilegios clínicos, para determinar si existe una afección médica de emergencia psiquiátrica y la atención y el tratamiento necesarios para aliviar o eliminar la afección médica de emergencia psiquiátrica dentro de las capacidades del centro.

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

Año de Beneficios es un período que inicia el 1 de enero a las 12:01am y finaliza el 1 de enero del siguiente año a las 12:01am.

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 un tercero 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 de disputas” en la sección “Procedimientos de quejas y apelaciones” en la página 69.

Área de servicio es el área geográfica atendida por 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 salud conductual involucra el psicoanálisis, psicoterapia, pruebas, consejería, administración médica u otros servicios proporcionados más comúnmente por un psiquiatra, psicólogo, trabajador social médico con licencia, u otro profesional y paraprofesional de salud mental según lo permita la ley, para el diagnóstico y tratamiento de trastornos mentales o emocionales asociados con una enfermedad, lesión u otra afección.

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

Atención dental es cualquier servicio o aparato que generalmente proporcionan los dentistas y cirujanos orales (que no sean para el tratamiento de tumores en las encías), e incluyen: rayos X dentales, higiene dental, incidente que requiera hospitalización; ortodoncia (servicios dentales para corregir irregularidades o mal oclusión de los dientes por cualquier razón); cualquier procedimiento (por ejemplo, vestibuloplastía) diseñado para preparar la boca para la dentadura postiza o para el uso más cómodo de dentaduras postizas, implantes dentales (intraóseo, subperióstico o transóseo),

tratamiento de las encías, articulaciones, huesos de la mandíbula o cualquier otro servicio dental.

Atención en un centro de cuidados paliativos es la atención que se proporciona en una instalación o en el hogar del Miembro, por un proveedor certificado o autorizado, y que es:

- 1) Diseñada para proporcionar atención paliativa y de apoyo a personas con diagnóstico de una enfermedad terminal y quienes tienen una expectativa de vida de doce meses o menos;
- 2) y dirigida o coordinada por profesionales médicos. Algunos servicios de Cuidados paliativos, como la atención general como Paciente hospitalizado, requieren Autorización previa.

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.

Autorización previa de farmacia es el proceso que usa la persona que receta para solicitar una excepción a la lista de medicamentos del Formulario o a los criterios clínicos establecidos para los medicamentos incluidos en el Formulario y no incluidos en el Formulario. El Comité de Farmacia y Terapéutica de SFHP revisa y aprueba los criterios de Autorización previa.

Beneficios (Servicios cubiertos) 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 California State Department of Public Health como un “Centro de enfermería especializada”. Un Centro de enfermería especializada puede ser una parte autorizada como Centro de enfermería especializada de un hospital.

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.

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:

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

Esto incluye cirugías reconstructivas de afirmación de género.

Comité de Farmacia y Terapéutica es un grupo de personas que recetan y farmacéuticos locales que se reúne cuatro veces al año y determinan qué medicamentos se incluirán en el Formulario y los criterios usados para el proceso de revisión de Autorización previa.

Copago es la cantidad que un 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 investigativa incluye cualquier tratamiento, terapia, procedimiento, medicamento o uso de medicamentos, instalaciones o uso de instalaciones, equipo o uso de equipo, dispositivo o uso de dispositivos o suministros que no estén reconocidos de acuerdo con los estándares médicos profesionales generalmente aceptados como seguros y efectivos para utilizarse en el tratamiento de la enfermedad, lesión o condición en cuestión. Los servicios que

requieren 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.

Derivación permanente 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.

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 un accidente se considerarán como incapacidad; todas las enfermedades que existen simultáneamente provocadas por la misma o por causas relacionadas se considerarán una incapacidad; si cualquier enfermedad se debe a las mismas causas o a causas relacionadas con una enfermedad anterior, la enfermedad subsiguiente se considerará una continuación de la incapacidad anterior y no una incapacidad separada.

Discapacidad total es, en el caso de un Miembro, 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.

El **Formulario** es la lista completa de medicamentos preferidos para uso y que es elegible para cobertura en virtud del Programa

Healthy Workers HMO, e incluye todos los medicamentos cubiertos en virtud del beneficio de medicamentos para Pacientes ambulatorios del producto del Plan de salud. El Formulario también se conoce como Lista de Medicamentos recetados.

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 se define en el Acuerdo de Grupo con San Francisco Health Plan.

Enfermedad gravemente 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.

Ensayo clínico aprobado: se refiere a los ensayos clínicos de fase I, fase II, fase III o fase IV realizados en relación con la prevención, detección o tratamiento de cáncer u otra enfermedad o afección que ponga en peligro la vida que cumpla al menos con uno de los siguientes:

- El estudio está aprobado o financiado por uno o más de los siguientes:
 - a. National Institutes of Health (NIH)
 - b. Federal Centers for Disease Control and Prevention (CDC)
 - c. Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)
 - d. Federal Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS)
 - e. Un grupo cooperativo o centro de NIH, CDC, AHRQ, CMS,
 - f. Department of Defense (DoD), o el US Department of Veterans Affairs (VA)
 - g. Entidad de investigación no gubernamental cualificada identificada en las directrices de los NIH para subvenciones de apoyo a centros VA, DoD o el US Department of Energy, si el estudio

ha sido revisado y aprobado mediante un sistema de revisión por pares que el Secretario del US Department of Health and Human Services determine que es comparable a la revisión por pares utilizada por los NIH, y garantice una revisión imparcial de los más altos estándares científicos por parte de personas cualificadas que no tengan ningún interés en el resultado de la revisión.

- El estudio se realiza bajo una solicitud de medicamento nuevo en investigación revisada por la US Food and Drug Administration (FDA).
- El estudio es un ensayo de medicamentos que está exento de una revisión de la solicitud de un nuevo medicamento en investigación por parte de la FDA.

Equipo médico duradero (DME) es equipo médico diseñado para uso repetido por un período prolongado; no se considera desechable, con la excepción de las bolsas de ostomía; lo solicita un Profesional Médico autorizado actuando dentro del ámbito de su licencia; para el uso exclusivo del afiliado; no duplica la función de cualquier otra pieza de equipo o dispositivo cubierto por la aseguradora para el Miembro; generalmente no es útil para las personas que no tengan una enfermedad o lesión; sirve principalmente un propósito médico y es apropiado para su 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.

Grupo Médico significa la San Francisco Health Network (SFHN), que es el Grupo Médico con el cual está asociado el Proveedor de Atención Primaria del Miembro para suministrar Beneficios a los Miembros de Healthy Worker 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 los siguientes:

- Un Hospital psiquiátrico autorizado como centro de salud acreditado por la 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 Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations; o
- Un centro de atención psiquiátrica según lo define la Sección 1250.2 del Health and Safety Code.

Incongruencia de género es un término de diagnóstico utilizado en el ICD-11 que describe la experiencia marcada y persistente de una persona de incompatibilidad entre la identificación de género de esa persona y el género esperado de ella en función de su sexo asignado al nacimiento.

Infertilidad iatrogénica significa infertilidad causada directa o indirectamente por cirugía, quimioterapia, radiación u otro tratamiento médico.

Medicamento necesario son servicios médicos especializados que han sido establecidos como

seguros y efectivos, son proporcionados de acuerdo con estándares profesionalmente reconocidos y generalmente aceptados para tratar una enfermedad o lesión y que según lo determina SFHP, son congruentes con los síntomas o con el diagnóstico, no proporcionados principalmente para la comodidad del paciente, el Proveedor de Atención Primaria tratante u otro proveedor y que son proporcionados al nivel más adecuado en que se pueden brindar de forma segura y efectiva al paciente.

Medicamento de marca es un medicamento que se comercializa bajo un nombre de marca registrada protegida.

Medicamentos del Formulario son aquellos enumerados en la lista de medicamentos y divididos en tres grupos (niveles). Un Nivel de medicamentos es un grupo de Medicamentos con receta que corresponde a un nivel de costo compartido especificado en la cobertura de Medicamentos recetados médica del Plan de Salud. El nivel en el que se coloca un Medicamento recetado determina la parte del costo del medicamento para el afiliado. Los medicamentos de nivel 1 del Formulario son medicamentos genéricos, los medicamentos de nivel 2 del Formulario son medicamentos de marca, y los medicamentos de nivel 3 del Formulario requieren Terapia de pasos (usar primero un medicamento de un nivel inferior) o Autorización previa. Todos los niveles de Medicamentos del Formulario pueden tener limitaciones basadas en la cantidad, edad o sexo, que pueden requerir una Autorización previa antes de que se exceda ese límite.

Medicamentos genéricos son medicamentos iguales a sus medicamentos de marca, equivalentes en dosis, seguridad, fuerza, cómo se toman, calidad, rendimiento y uso previsto.

Medicamentos no incluidos en el Formulario son aquellos que no están enumerados en el Formulario de SFHP Healthy Workers y requieren una solicitud de Autorización previa enviada por la persona que receta para revisión de SFHP para que estén cubiertos.

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 suministro 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. Los Profesionales de salud incluyen pero no se limitan a: psicólogos, podólogos, enfermeras, 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 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 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 No participante es un proveedor que no ha sido contratado por 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.

Proveedor significa (A) Una persona que es un médico, hospital, centro de enfermería especializada, centro autorizado, agencia de Salud en el Hogar u otro Profesional Médico autorizado de conformidad con la División 2 (iniciando con la Sección 500) del Código de Negocios y Profesiones.

- (B) Un terapeuta matrimonial y familiar asociado o terapeuta matrimonial y familiar en formación que funcione de conformidad con la Sección 4980.43.3 del Código de Negocios y Profesiones.
- (C) Un proveedor de servicios de autismo calificado o profesional calificado de servicios para el autismo certificado por una entidad nacional de conformidad con la Sección 10144.51 del Código de Seguro y la Sección 1374.73.
- (D) Un trabajador social clínico asociado que funciona de conformidad con la Sección 4996.23.2 del Código de Negocios y Profesiones.
- (E) Un consejero clínico profesional asociado o un consejero clínico profesional en formación que funcione de conformidad con la Sección 4999.46.3 del Código de Negocios y Profesiones.
- (F) Un psicólogo registrado, como se describe en la Sección 2909.5 del Código de Negocios y Profesiones.
- (G) Un asistente de psicólogo registrado, como se describe en la Sección 2913 del Código de Negocios y Profesiones.

(H) Un estudiante de psicología en formación o persona supervisada según se establece en la Sección 2910 o 2911, o subdivisión (d) de la Sección 2914 del Código de Negocios y Profesiones.

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

Que pone en peligro la vida significa uno de los 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.

Queja 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 una queja.

Receta es una orden oral, escrita o electrónica por un proveedor que receta para un afiliado específico que contiene el nombre del medicamento recetado, dispositivo u otro producto aprobado por la FDA; la cantidad del medicamento, dispositivo o producto recetado; la fecha de emisión; el nombre y la información de contacto del proveedor que receta; la firma del proveedor que receta si la receta médica es por escrito; y si lo solicita el afiliado, la afección o el propósito médico para el cual se receta el medicamento, dispositivo o producto.

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 tenga potencial de restauración y logrará una mejoría significativa en un tiempo razonable.

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 derivado 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 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 significa 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 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.

Servicios delicados significa todos los servicios de atención médica relacionados con la salud mental o conductual, la salud sexual y

reproductiva, las infecciones de transmisión sexual, el trastorno por consumo de sustancias, la atención de afirmación de género y la violencia de pareja íntima, e incluye los servicios descritos en las secciones 6924, 6925, 6926, 6927, 6928, 6929, y 6930 del Family Code, y secciones 121020 y 124260 del Health and Safety Code, obtenido por un paciente de cualquier edad en o por encima de la edad mínima especificada para dar su consentimiento al servicio especificado en la sección.

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.

Servicios hospitalarios para Pacientes hospitalizados incluyen únicamente aquellos servicios que son médicamente necesarios y que satisfacen los requisitos de hospitalización, requieren atención hospitalaria aguda y no podrían haber sido proporcionados en el consultorio de un médico, en el departamento de Pacientes ambulatorios de un Hospital, ni en otro centro menor sin afectar adversamente la condición del paciente ni la calidad de la atención médica prestada.

Para que los servicios de hospitalización aguda sean cubiertos, los servicios deben cumplir con los criterios clínicos para los servicios de Pacientes hospitalizados agudos. La hospitalización no incluye el nivel de atención de observación.

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

SFHP significa San Francisco Health Plan.

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

Solicitud de comunicación confidencial significa una solicitud de un Miembro para que las comunicaciones de SFHP que contengan información médica se dirijan ellos a una dirección de correo o correo electrónico específicos o número telefónico específico, según lo designado por el Miembro.

Terapia de pasos o terapia escalonada es un proceso que especifica la secuencia en la que se recetan diferentes Medicamentos recetados para una determinada afección médica y medicamento apropiados para un paciente en particular.

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 el 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.

Tratamiento de salud conductual: servicios profesionales y programas de tratamiento,

incluidos análisis conductual aplicado y programas de intervención conductual basados en evidencia, desarrollen o recuperen, en la medida de lo posible, la función de una persona con trastorno del espectro autista, y que cumpla con los siguientes criterios:

- el tratamiento es prescrito por un médico o psicólogo, licenciado de conformidad con la ley de California;
- el tratamiento se proporciona de acuerdo con un Plan de tratamiento prescrito por un proveedor de servicios de autismo calificado (QAS) y lo administra un proveedor de QAS, un profesional de QAS o un paraprofesional de QAS, supervisado por el proveedor de QAS;
- el Plan de tratamiento tiene metas medibles desarrolladas y aprobadas por el proveedor QAS, que son revisadas cada seis meses y modificadas según corresponda;
- el Plan de tratamiento no se usa para proporcionar o reembolsar por servicios de relevo, cuidado de día, educativos, o participación en el Programa de tratamiento.

Consulte las páginas 18, 23, 37 y 55 para obtener más información.

Tratamiento Medicamente necesario de una Afección de Salud mental o Trastorno por consumo de sustancias se refiere a un servicio o producto que aborda las necesidades específicas de ese paciente, con el propósito de prevenir, diagnosticar o tratar una enfermedad, lesión, afección o sus síntomas, incluyendo minimizar el avance de esa enfermedad, lesión, afección o sus síntomas, de una manera que sea todo lo siguiente:

- De acuerdo con los estándares generalmente aceptados de atención por Trastornos de Salud Mental y por Consumo de sustancias; y
- Clínicamente apropiados en términos de tipo, frecuencia, grado, sitio y duración; y
- No principalmente para el beneficio económico del Plan de servicio de

atención médica y los Miembros, o para la conveniencia del Miembro, médico tratante u otro proveedor de atención médica.

8. 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. SFHP no es un proveedor médico. Estos Proveedores de Atención Primaria, grupos médicos, hospitales, y otros profesionales médicos no son empleados ni agentes de SFHP.

El Área de Servicio de SFHP es la ciudad y el condado de San Francisco. Para obtener información más detallada acerca de su selección de Proveedores y centros, consulte su Directorio de Proveedores de Healthy Workers HMO que enumera a los Proveedores participantes de quienes puede recibir servicios de atención médica. Llame a Servicio al Cliente al **1(415) 547-7800** (llamada local) 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 inscripción. El Proveedor de Atención Primaria puede ser un médico, un enfermero(a) especializado(a) o un médico asistente que trabaja estrechamente con un proveedor de 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 inscripción, 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 San Francisco Health Network. La San Francisco Health Network (SFHN) utiliza solo aquellos especialistas y profesionales médicos que trabajan con SFHN. El Hospital utilizado por SFHN es el Zuckerberg San Francisco General Hospital and Trauma Center.

A menos que tenga una Afección médica de Emergencia, debe comunicarse con su Proveedor de Atención Primaria para todas sus necesidades de atención médica, incluidos servicios preventivos, problemas rutinarios de salud, consultas con especialistas y hospitalización. Para recibir los servicios médicos cubiertos de SFHP, el Proveedor de Atención Primaria y SFHP deben coordinar y autorizar su atención médica. El Proveedor de Atención Primaria y SFHP son responsables de coordinar y dirigir todas sus necesidades de atención médica, hacer derivaciones a especialistas y otros Proveedores (incluyendo hospitales) y de proporcionar la Autorización requerida necesaria para obtener los servicios. El Proveedor de Atención Primaria también ordenará análisis de laboratorio, rayos X y otros servicios médicamente necesarios.

C. Cambio de Proveedor de Atención Primaria

Si no está conforme con su PCP por cualquier motivo, llame a Servicio al Cliente al **1(415) 547 7800** (llamada local) o al **1(800) 288-5555**, y le ayudaremos a elegir uno nuevo. Si usted solicita el cambio antes del 16 del mes y usted recibe servicios durante ese mes, el cambio se hará efectivo a partir del día 1 del mes actual. Si solicita el cambio el día 16.º del mes o después, o recibió servicios durante ese mes, el cambio se hará efectivo el primer día del mes siguiente, en la mayoría de los casos.

NOTA IMPORTANTE: Si usted necesita ver a un PCP antes de obtener 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 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 es posible mantener una relación cooperativa y profesional, 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 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.

9. Cómo utilizar 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 de SFHP para recibir servicios de atención médica con su Proveedor de Atención Primaria o especialista antes de que se proporcionen dichos servicios.

Nota: Excepto por los servicios proporcionados por su Proveedor de Atención primaria, los Servicios de Emergencia, consultas al OB/GYN dentro de la red, atención de la vista dentro de la red o Servicios de Salud Conductual dentro de la red, 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 cubiertos, incluso si los servicios son necesarios.

Sus Proveedores, en su nombre, obtendrán cualquier Autorización necesaria de SFHP, pero siempre es su responsabilidad comunicarse con su Proveedor de Atención Primaria para obtener derivaciones apropiadas para los servicios con cobertura que no proporciona el Proveedor de Atención Primaria. Tenga en cuenta que una derivación 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 Cobertura aplicarán, sean o no estos servicios derivados por su Proveedor de Atención Primaria.

B. Atención médica de emergencia

Una afección médica de emergencia es una afección médica o una afección médica psiquiátrica que se manifiesta a través de síntomas agudos de suficiente gravedad, que incluye dolor severo tal que podría esperarse que la ausencia de atención médica inmediata resultara en alguno de los siguientes: poner la salud del Miembro o, en el caso de una mujer embarazada, la salud del feto, en serio peligro;

impedimento serio a las funciones corporales o disfunción seria de cualquier órgano o parte del cuerpo o Trabajo de parto activo, lo que significa que hay trabajo de parto en el momento en que alguna de las siguientes condiciones se presenta:

- 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 pídale que notifiquen 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 la situación en la 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.

Posestabilización

Atención posestabilización 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 posestabilización. 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 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 cobren a usted dichos servicios.

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

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. Si esto ocurre, llame a Teladoc al

1(800) 835-2362. Puede tener una consulta por teléfono o por video con un médico de Teladoc durante las 24 horas del día y los 7 días de la semana, en 30 minutos o menos. Teladoc cuenta con médicos que tienen licencia de California y pueden tratar problemas médicos sencillos, indicarle que consulte con su médico regular para que reciba Atención de Seguimiento o evaluar si es necesario que vaya a la sala de emergencias o si necesita Atención de Urgencia. Los médicos de Teladoc también pueden recetar algunos tipos de medicamentos, pero no sustancias controladas. El servicio es gratuito y está disponible en su idioma. Para inscribirse para recibir servicios de Teladoc, visite **sfhp.org/teladoc.**

San Francisco Health Plan también tiene una Línea de Asesoramiento de Enfermeras 24/7 si llama al **1(877) 977-3397**. Esta es atendida por enfermeros registrados capacitados, que están disponibles 24 horas al día y siete días a la semana para ayudarle a responder sus preguntas de atención médica. El servicio es gratuito y está disponible en su idioma. El enfermero 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 mantener su tarjeta de identificación de Miembro con usted. El teléfono de su PCP aparece en su tarjeta.

C. Atención de Seguimiento después de recibir 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 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 él o ella pueda coordinar la atención que usted necesite. Su Proveedor de Atención Primaria puede examinarle o derivarlo 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 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.

D. Derivaciones a Especialistas

Los Miembros se derivan a especialistas según sea médicamente necesario y según lo determine el Proveedor de Atención Primaria del Miembro. El Proveedor de Atención Primaria debe derivarlo con un especialista para todos los servicios médicamente necesarios y con cobertura no proporcionados directamente por el Proveedor de Atención Primaria. Generalmente será derivado 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 derivará a un proveedor que no pertenece al SFHP para que reciba los servicios después de obtener la Autorización.

E. Servicios que no requieren derivaciones

Los servicios que no requieren una derivación son:

- Servicios del PCP dentro de la red
- Visitas al OB/GYN dentro de la red
- Servicios de Emergencia
- Atención de la vista dentro de la red
- Servicios de salud conductual dentro de la red

Nota: Con la excepción de los servicios del PCP, visitas de OB/GYN, 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, incluyendo especialistas, hospital de SFHP, análisis de laboratorio 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 de SFHP u otro proveedor de quien se recibirán los servicios.

F. Acceso directo a OB/GYN

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 SFHP que proporciona servicios ginecológicos y obstétricos sin la derivación de un Proveedor de Atención Primaria. SFHP debe autorizar los servicios con cobertura recomendados o derivados por estos Proveedores de Atención Primaria, aparte de la visita al consultorio, en la medida en que lo permiten los servicios con cobertura.

G. Derivaciones permanentes a Especialistas

Usted puede recibir una Derivación permanente 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 Derivación permanente debe ser aprobada por SFHP y puede limitar el período para el 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 Derivación permanente (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.

H. Segundas opiniones

Para asegurar que usted reciba los servicios de atención médica adecuados y necesarios, 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 se deberá autorizar y la proporcionará un Profesional Médico debidamente calificado que usted elija de cualquier Grupo Médico dentro de 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 emergencia, una Segunda opinión será autorizada en cuanto sea posible, de forma consistente 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. Se necesita una Autorización previa si usted obtiene una Segunda opinión de un proveedor no participante que no es parte de su Grupo Médico o de la red del Plan. Usted será responsable del costo de la Segunda opinión si obtiene la Segunda opinión de un proveedor no participante sin Autorización previa.

I. 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 SFHP (como su Plan dental) no se incluyen en el cálculo de este límite de desembolso directo 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 de SFHP, los Miembros no son financieramente responsables de los costos de dichos servicios, aparte de los copagos correspondientes, si los servicios son derivados por el Proveedor de Atención Primaria y se ha obtenido Autorización.

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

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

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

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

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

10. Beneficios de SFHP

SFHP cubre los Beneficios descritos en esta sección siempre y cuando 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, y cualquier material educativo del Programa, que se utilizan para tomar una decisión basada en la Necesidad médica, están disponibles a solicitud, para los Miembros, Proveedores participantes y el público sin costo. La determinación de Necesidad médica estará sujeta a apelación según los procedimientos descritos en "Procedimientos de quejas 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, incluyendo los enumerados en "Exclusiones y Limitaciones" los siguientes Beneficios tienen cobertura de SFHP cuando sean Médicamente Necesarios:

B. Servicios profesionales

Visitas al consultorio del Proveedor de Atención primaria para exámenes, diagnóstico y tratamiento de una afección médica, enfermedad o lesión, incluyendo visitas a consultorios de especialistas derivados, consultas o segundas opiniones; cirugía en el consultorio con Copago que aplique; quimioterapia y terapia de radiación 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, incluidos 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 Food and Drug Administration (FDA) tienen cobertura para el tratamiento Médicamente Necesario de afecciones médicas cuando los receta un Proveedor de Atención Primaria y son autorizados de acuerdo con las normas de SFHP.
- Detección, diagnóstico y tratamiento de cáncer de seno.
- Detección de fenilcetonuria (PKU) y tratamiento de la PKU.
- Servicios de un médico en un hospital o centro de enfermería especializado para exámenes, diagnóstico, tratamiento y consulta, incluidos los servicios de un cirujano, cirujano asistente, anestesiólogo, patólogo y radiólogo. Los

servicios profesionales para Pacientes hospitalizados tienen cobertura solo cuando son autorizados y el Proveedor de Atención Primaria ha derivado los servicios del hospital o centro de enfermería especializado.

C. Servicios de diagnóstico de laboratorio y rayos X

Diagnóstico y servicios radiológicos terapéuticos, así como otros servicios de diagnóstico que deben incluir, pero no se limitan a: electrocardiografía, electroencefalograma y mamografía. Cualquier radiología aparte de los rayos X, si es Médicamente Necesaria, debe ser derivada por el Proveedor de Atención Primaria del Miembro o especialista tratante y debe ser autorizada por SFHP.

D. Servicios de salud preventivos

Los servicios de salud preventiva incluirán, bajo la supervisión de un médico, cualquier prueba de detección a la que se le asigne una prueba de detección de grado A o B del Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de los Estados Unidos (United States Preventative Services Task Force):

- Exámenes periódicos y razonables de evaluación de salud.
- Varios servicios de planificación familiar voluntaria.
- Atención prenatal.
- Vacunas para adultos según lo recomendado por el U.S. Public Health Services.
- Prueba de detección de cáncer colorrectal que se asigna a un grado A o B por el United States Preventative Services Task Force y cualquier colonoscopia necesaria después de obtener un resultado positivo.
- Pruebas de detección de enfermedades venéreas, que incluyen las pruebas de HIV.
- Exámenes de citología en términos periódicos razonables.

- Servicios de educación y promoción de la salud proporcionados por SFHP. Esto incluye información sobre el comportamiento de salud personal y las recomendaciones sobre el uso óptimo de la atención médica proporcionada por SFHP. Llame a Servicio al Cliente al **1(415) 547-7800** (llamada local) o al **1(800) 288-5555** para obtener información sobre clases actuales y disponibles.
- Detección y diagnóstico de todo tipo de cáncer; examen anual para la detección de cáncer cervicouterino incluyendo la prueba convencional de Papanicolaou y la opción de cualquier examen para detección de cáncer cervicouterino aprobado por la Food and Drug Administration al ser derivados por el Proveedor de Atención primaria; pruebas de biomarcadores para la detección, progresión o recurrencia del cáncer avanzado o metastásico en estadio 3 o 4.
- Pruebas de biomarcadores, incluyendo la secuenciación del genoma completo, con fines de diagnóstico, tratamiento, gestión adecuada o seguimiento continuo de la enfermedad o afección de un afiliado para orientar las decisiones de tratamiento, según lo prescrito.

E. Servicios hospitalarios

Los siguientes Servicios hospitalarios son Beneficios cuando están autorizados y se proporcionan en un hospital de SFHP según las reglas de SFHP:

Los Servicios hospitalarios para Pacientes hospitalizados se refieren únicamente aquellos servicios que son médicamente necesarios y que satisfacen los requisitos de hospitalización, requieren atención hospitalaria aguda y no podrían haber sido proporcionados en el consultorio de un médico, en el departamento de Pacientes ambulatorios de un hospital, ni en otro centro menor sin afectar adversamente la condición del paciente ni la calidad de la atención médica prestada.

Para que los servicios de hospitalización aguda sean cubiertos, los servicios deben cumplir con los criterios clínicos para los servicios de Pacientes hospitalizados agudos. La hospitalización no incluye el nivel de atención de observación.

Los Servicios hospitalarios para Pacientes hospitalizados son Servicios hospitalarios generales a corto plazo, que pueden incluir:

- 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 la 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, incluido 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 hospitalizada. Consulte la Sección H, "Atención del embarazo y maternidad").

Los servicios para Pacientes hospitalizados no incluyen:

- Estudios diagnósticos que podrían haberse proporcionado de forma ambulatoria;
- Nivel de atención de observación;
- Sacar al paciente de su trabajo o ambiente doméstico usual para su comodidad personal;
- Centros de manejo del dolor para tratar o curar el dolor crónico;
- Unidad de trastornos de la alimentación para tratar dichos trastornos; o
- Rehabilitación de Pacientes hospitalizados proporcionada de forma ambulatoria.

Los días de observación no son un beneficio cubierto. Los Miembros admitidos en el hospital serán revisados para el nivel de atención como Paciente hospitalizado, sin importar el nivel de atención. SFHP aplica criterios para Pacientes hospitalizados a todas las admisiones de observación y de Paciente hospitalizado.

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

F. Servicios hospitalarios para Pacientes ambulatorios (Servicios de atención ambulatoria)

Los Servicios hospitalarios para Pacientes ambulatorios incluyen:

- laboratorio, rayos X y servicios diagnósticos y de tratamiento principales;
- 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, incluida 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 sólo si el Proveedor de Atención Primaria del Miembro y el Grupo Médico de SFHP, de acuerdo con los procedimientos establecidos por SFHP, determinan que dicha terapia es médicamente necesaria.

H. Atención del embarazo y la maternidad

Las visitas prenatales y postnatales al consultorio del Proveedor de Atención Primaria y el parto, que son servicios profesionales y de hospital médicamente necesarios, incluyendo atención prenatal y postnatal, así como la atención de complicaciones del embarazo, exámenes y cuidado del recién nacido mientras la madre está hospitalizada. Estos servicios son proporcionados al recién nacido por SFHP sólo 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 hospitalaria para Paciente hospitalizado puede ser por un período menor de 48-96 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 por parte de un proveedor de atención médica con licencia, cuyo alcance de práctica incluye la atención posparto y la atención del recién nacido para la madre y el recién nacido dentro de las 48 horas posteriores al alta. La visita debe incluir, al menos, educación para los padres, asistencia y capacitación en lactancia materna o con biberón y la realización de cualquier evaluación física necesaria a la madre o al recién nacido.

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;
- Medicamentos, dispositivos y productos anticonceptivos aprobados por la FDA, como diafragmas y ajuste (no incluye Norplant) en farmacias dentro de la red sin Copago ni revisión de utilización;
- Aborto;
- Ligadura de trompas;
- Vasectomía; y

- Métodos anticonceptivos hormonales aprobados por la FDA (por ejemplo, píldoras orales, anillo vaginal e inyección) que se incluyen cuando los receta su proveedor o directamente de la farmacia.

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

J. 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 SFHP, a un Miembro confinado en su casa, cuando sea Médicamente necesario. Un Miembro confinado en 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 4 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 4 visitas al día con cada visita de no más de 2 horas de duración para un máximo de 8 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 2 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 medida en que dichos servicios hubiesen sido proporcionados si el Miembro hubiera estado hospitalizado;
- Visitas al hogar por un proveedor de SFHP;
- Equipo médico duradero Médicamente necesario.

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

K. Atención en centros de cuidados paliativos

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

- Cuando los ordena un Proveedor de Atención Primaria, los Beneficios de cuidados paliativos incluyen atención en equipo interdisciplinario con desarrollo y mantenimiento de un Plan de atención apropiado;
- Servicios de enfermería especializada, servicios de asistente certificado de Salud en el Hogar y servicios de ama de casa bajo la supervisión de una enfermera registrada calificada;
- Servicios de asistencia por duelo;
- Servicios sociales/servicios de consejería con servicios médicos sociales proporcionados por un trabajador social calificado. Asesoría dietética cuando sea necesario;
- Arreglos para atención a corto plazo como Paciente hospitalizado;
- En la medida razonable y necesaria para la paliación y el manejo de enfermedades terminales y afecciones relacionadas: productos farmacéuticos, equipo médico y suministros;
- Servicios de fisioterapia, terapia ocupacional y patología del habla y el lenguaje con el fin de controlar síntomas o para permitir que el Miembro mantenga actividades de la vida diaria y habilidades funcionales básicas;
- Los servicios cubiertos están disponibles las 24 horas del día en la medida necesaria para satisfacer las necesidades de las personas de atención que sea razonable y necesaria para la paliación y el manejo de enfermedades terminales y afecciones relacionadas;

- La cobertura especial puede incluir atención de enfermería u hospitalización durante períodos de crisis o atención de relevo.

L. Servicios de atención médica de emergencia

Los Servicios de Emergencia cubiertos son cualquier servicio que proporciona una sala de emergencias para atender una afección médica de emergencia, incluidos 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, derivada 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.

M. 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.

N. 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 cubierto.

O. 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.

P. Servicios de Ambulancia no de Emergencia

1. El transporte en ambulancia que no es de emergencia, de un Miembro de un hospital a otro hospital o centro; o de un centro médico a su 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 Médicamente necesario; 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.

Q. Tratamiento de las 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 en 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 (TMJ) que no es quirúrgico y es Médicamente necesario;
- 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, incluida la 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).

R. Servicios de cirugía plástica y reconstructiva

Los servicios de cirugía reconstructiva se limitan a los siguientes: 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.

Incluye cirugía reconstructiva de afirmación de género.

Exclusión: Cirugía cosmética que se realiza para alterar o modificar las estructuras normales del cuerpo para mejorar la apariencia.

S. Estudios clínicos

Los costos de atención de rutina a pacientes relacionados con la participación del Miembro en una prueba clínica aprobada. El Miembro debe ser elegible para participar en un estudio clínico aprobado, de acuerdo con el protocolo de ensayo clínico, para el tratamiento del cáncer u otra enfermedad o condición que ponga en peligro la vida, y ya sea: (1) un proveedor participante ha concluido que la participación del Miembro en el estudio clínico aprobado sería adecuada; o (2) el Miembro proporciona información médica y científica que establece que la participación del Miembro en el estudio clínico aprobado sería adecuada. Si uno o más Proveedores participantes están llevando a cabo un estudio clínico aprobado, se requiere que los Miembros participen en el estudio clínico a través

de un proveedor participante si lo aceptan. Los Miembros pueden participar en un estudio clínico aprobado realizado por un proveedor no participante si el estudio clínico no se ofrece o está disponible de un proveedor participante. La cobertura se limita a los ensayos clínicos aprobados en California, a menos que el ensayo clínico no se ofrezca o esté disponible a través de un proveedor participante en California. El costo compartido dentro de la red para los costos de atención de rutina de los pacientes aplica si el estudio clínico no se ofrece o está disponible a través de un proveedor participante.

Los costos de atención de rutina de los pacientes incluyen:

- Medicamentos, artículos, dispositivos y servicios que de otra manera serían un beneficio cubierto para un Miembro que no está inscrito en un ensayo clínico aprobado, incluyendo medicamentos, artículos, dispositivos y servicios:
 - Típicamente cubiertos en ausencia de un ensayo clínico
 - Necesarios solamente para el suministro del medicamento, artículo, aparato o servicio en investigación
 - Proporcionados para la prevención de complicaciones que surjan de la provisión del medicamento, artículo, dispositivo o servicio de investigación
 - Necesarios para la atención razonable y necesaria que surja de la provisión del medicamento, artículo, dispositivo o servicio de investigación, incluso el diagnóstico y tratamiento de complicaciones

Los costos rutinarios de atención de los pacientes NO incluyen:

- el fármaco, artículo, dispositivo o servicio de investigación
- servicios que no sean servicios de atención médica, como viajes, alojamiento, gastos de acompañante y otros gastos no clínicos;

- medicamentos, artículos o servicios proporcionados exclusivamente para satisfacer las necesidades de recolección y análisis de datos y que no se utilicen en el manejo clínico del Miembro;
- medicamentos, artículos, dispositivos y servicios usualmente proporcionados por los patrocinadores de la investigación sin costo alguno;
- cualquier medicamento, artículo, dispositivo o servicio que esté específicamente excluido del Programa Healthy Workers HMO.

T. Medicamentos recetados

Cuando necesite medicamentos, su PCP o el especialista al cual fue referido se los recetará. Puede obtener Medicamentos recetados en cualquier farmacia minorista dentro de la red. 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 muéstrole su tarjeta de identificación de Miembro al farmacéutico.

SFHP tiene un Formulario de medicamentos. El Formulario de medicamentos es la lista de medicamentos que el Comité de Farmacia y Terapéutica de SFHP ha aprobado para que usen los Miembros. El Formulario está disponible en línea en sfhp.org o puede solicitar información acerca de un medicamento específico del Formulario llamando a Servicio al Cliente de SFHP al **1(415) 547-7800** (llamada local) o al **1(800) 288-5555** (llamada gratuita). El Formulario de SFHP incluye medicamentos comerciales y genéricos aprobados por la Food and Drug Administration (FDA) federal. Aunque un medicamento aparezca en el Formulario de medicamentos de SFHP, su médico podría elegir no recetarlo para una enfermedad en particular. Además, algunos medicamentos y recetas médicas para los medicamentos que exceden los límites de cantidad específicos en el Formulario requieren que la persona que receta envíe

una solicitud de Autorización previa para revisión de SFHP antes de que la farmacia pueda despachar el medicamento.

Si su medicamento no está incluido en el Formulario de SFHP, su proveedor debe presentar un formulario de Autorización previa a SFHP. SFHP revisará la solicitud y determinará si el medicamento será autorizado según los criterios de Autorización previa aprobados por el Comité de Farmacia y Terapéutica de SFHP.

El criterio de Autorización previa de SFHP es consistente con las directrices de tratamiento reconocidas profesionalmente y estándares de práctica.

Los copagos son por receta para un suministro de hasta 30 días. Los Copagos son menores para los medicamentos genéricos que para los medicamentos de marca. Algunos medicamentos y vitaminas aprobados por la FDA para atención preventiva no tienen Copago. Cubrimos medicamentos, materiales y suplementos cuando son Médicamente necesarios y están cubiertos por el Plan de Beneficios de SFHP.

Cuando sea posible, usted o el médico que le dio la receta médica pueden solicitar surtidos parciales de un medicamento con receta para medicamentos que son sustancias controladas del Programa II. Las sustancias controladas del Programa II incluyen algunos medicamentos analgésicos, estimulantes y depresores. Un surtido parcial es cualquier surtido que sea menos que la cantidad total indicada en la receta médica. Tiene que recibir cada surtido parcial en la farmacia en donde se surtió parcialmente la receta médica original hasta que se surta la cantidad total de la receta médica. Cualquier surtido que no se haga en el plazo de 30 días después de la fecha en que se escribió la receta, vencerá. Su Copago se calculará prorrateado para cada surtido parcial.

Los siguientes artículos están cubiertos cuando los receta un proveedor de SFHP:

- Los medicamentos con receta médica que son médicamente necesarios, incluyendo inyectables, suplementos alimenticios y fórmulas para el tratamiento de fenilcetonuria (PKU),

serán cubiertos cuando los prescriba 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 para medicamentos utilizados para tratar afecciones crónicas como diabetes, depresión, presión arterial alta, asma, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (COPD); etc.
- Medicamentos genéricos: suministro para 90 días para la mayoría de los medicamentos; suministro para 30 días de medicamentos opiáceos para el dolor, como hidrocodona-acetaminofén, sulfato de morfina, oxicodona-acetaminofén, fentanil, hidromorfona y más
- Los anticonceptivos y dispositivos aprobados por la FDA están cubiertos hasta un suministro de 12 meses
- Un suministro para hasta 100 días de suministros de prueba para diabéticos, como tiras de prueba, lancetas, agujas, jeringas
- Medicamentos para ayudarlo a dejar de fumar
- Medicamentos aprobados por la FDA recetados para un uso Experimental/de Investigación cubiertos si se cumplieron las siguientes condiciones:
 - El medicamento está aprobado por la FDA;
 - El medicamento lo receta un proveedor del Plan para tratar una condición que pone en peligro la vida o para una condición crónica o seriamente debilitante;

- El medicamento es Médicamente necesario para tratar la condición; y
- La indicación no aprobada para uso es una indicación médicamente aceptada según lo define uno de los siguientes:
 - El American Hospital Formulary Service Drug Information (AHFS-DI),
 - El Elsevier Gold Standard's Clinical Pharmacology,
 - Truven Health Analytics Micromedex DrugDEX (DrugDEX),
 - El National Comprehensive Cancer Network (NCCN) Drugs and Biologics Compendium,
 - O en dos artículos de las principales revistas médicas revisadas por pares que presenten datos que respalden que el uso o usos propuestos del medicamento fuera de lo indicado en la etiqueta son generalmente seguros y eficaces, a menos que exista una prueba contradictoria clara y convincente presentada en una revista médica revisada por pares importante.

Recuerde: Debe obtener estos medicamentos y artículos en una farmacia de la red de SFHP.

Exclusiones del Beneficio de farmacia:

- Medicamentos para el uso de la disfunción eréctil (ED), excepto cuando se recetan como un tratamiento Médicamente necesario de una afección de salud mental o trastorno por consumo de sustancias
- Vitaminas OTC (de venta libre) que no son médicamente necesarias, medicamentos y dispositivos, excepto los siguientes si son médicamente necesarios y requieren receta médica:

- Aspirina para prevenir enfermedades cardiovasculares y cáncer colorrectal en adultos de 50–59 años con alto riesgo cardiovascular,
- Suministros para diabéticos,
- Dispositivos y medicamentos anticonceptivos (un anticonceptivo OTC del Formulario no requiere receta médica y no tiene Copago cuando se proporciona en una farmacia de la red),
- Suministros y dispositivos para el tratamiento de la fenilcetonuria (PKU),
- Tratamiento Medicamento necesario de una afección de salud mental o trastorno por consumo de sustancias, medicamentos para ayudarlo a dejar de fumar, y
- Vitaminas prenatales, incluidos preparados de ácido fólico y flúor, si son médicamente necesarios y requieren receta médica.
- Productos de medicamentos compuestos cuando están aprobados por la FDA y productos comercializados disponibles para el diagnóstico. También se debe haber comprobado la seguridad, eficacia y estabilidad de estos productos compuestos para la consideración de una excepción para esta Exclusión.
- Las recetas de medicamentos y fármacos que no han recibido la aprobación por parte de la U.S. Food and Drug Administration (FDA) federal para ser comercializados están excluidos.

Proceso de Autorización previa de farmacia

SFHP requiere Autorización previa para terapias con Medicamentos recetados fuera de los límites del Formulario, medicamentos que tienen requisitos de Terapia de pasos y medicamentos que no aparecen en el Formulario (“Medicamentos no incluidos en el Formulario”). Si hay requisitos de Terapia de pasos que aparecen en el Formulario para un medicamento en particular, SFHP puede requerir que pruebe

uno o más medicamentos para tratar su afección médica antes de SFHP cubra el medicamento. Si desea cobertura para un medicamento en particular antes de probar otros medicamentos primero, usted o su Proveedor pueden presentar una solicitud de excepción de Terapia de pasos. SFHP procesa las excepciones de Terapia de pasos y las solicitudes de medicamentos que no están en el Formulario usando el mismo proceso de Autorizaciones previas.

Se debe completar el Formulario de Autorización previa (PA) de SFHP para iniciar el proceso de Autorización previa. El médico que receta el medicamento, su asistente o el farmacéutico pueden completar el formulario de Autorización previa (PA) de SFHP. Puede encontrar un formulario de PA en el sitio web de SFHP, en **sfhp.org**.

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

1. Solicitudes por fax a Prime Therapeutics al **1(855) 461-2778**
2. Solicitudes por teléfono: **1(800) 424-4331**
3. Solicitudes por la web: El proveedor puede presentar una solicitud en línea a través de CoverMyMeds

El farmacéutico o el director médico de SFHP revisan las autorizaciones previas y deciden si aprueban, aprueban con cambios, deniegan o solicitan más información al médico.

Si el formulario de solicitud está completo, las solicitudes estándar se revisan en 72 horas. Cuando existan Circunstancias apremiantes, la solicitud se procesa como expedita y se revisa en 24 horas.

Si la Autorización previa se aprueba, se envía un mensaje por fax a la persona que receta que envió el formulario de Autorización previa y SFHP cubrirá el medicamento. Si se deniega o cambia la Autorización previa, SFHP les enviará una carta a usted y al proveedor que receta. Esta carta incluye la razón de la decisión de SFHP. Además, incluimos instrucciones sobre cómo presentar una apelación en caso de que usted

no esté de acuerdo con la denegación o con el medicamento o tratamiento alternativo, y cómo puede solicitar una revisión de una organización de revisión independiente.

Si no está de acuerdo con la decisión de SFHP, usted puede presentar una apelación a SFHP o solicitar una revisión por parte de una organización de revisión independiente. Para obtener más información, consulte la sección "Procedimientos de reclamos y apelaciones" que comienza en la página 65.

U. Formulario

Los Proveedores de SFHP pueden recetar una variedad de medicamentos recetados descritos en el Formulario de SFHP. El Formulario de SFHP es una lista de medicamentos que ha sido aprobada por nuestro Comité de Farmacia y Terapéutica (P&T) para nuestros Miembros. El Comité de P&T de SFHP se encarga de desarrollar, revisar y actualizar trimestralmente el Formulario de SFHP.

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).
- Es posible que los medicamentos preferidos enumerados bajo un medicamento con requisitos de Terapia de pasos se deban probar primero.
- 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 que no figura en el Formulario.

- Usted puede obtener medicamentos que no están en el Formulario si SFHP o una organización de revisión externa determinan que el medicamento es Medicamento necesario.
- Debe usar una forma genérica de un Medicamento de marca cuando hay un genérico disponible, a menos que un motivo médico prohíba el uso de la versión genérica o esta ya no exista, o si SFHP prefiere el Medicamento de marca, en cuyo caso usted pagará el Copago del medicamento genérico de \$5 por receta.

SFHP no limitará ni excluirá la cobertura de un medicamento para un Miembro si el medicamento previamente había sido aprobado para cobertura por SFHP para una afección médica del Miembro y el proveedor de SFHP que receta continúa recetando el medicamento para la afección médica, siempre que el medicamento sea recetado adecuadamente y se considere seguro y eficaz para tratar la afección médica del Miembro.

Puede obtener una copia del Formulario de SFHP llamando a Servicio al Cliente, al **1(415) 547-7800** (llamada local) o al **1(800) 288-5555**, de lunes a viernes, de 8:30am a 5:30pm. También puede ver el Formulario de SFHP en línea, en **sfhp.org**. Excepto por lo descrito en esta Evidencia de Cobertura, solo los medicamentos recetados que aparezcan en el Formulario de SFHP tienen cobertura. La presencia de un medicamento en el Formulario no garantiza que su proveedor le recetará ese medicamento.

Sin embargo, un Medicamento recetado que no esté incluido en el Formulario de SFHP estará cubierto si:

- Si su proveedor determina que el medicamento recetado que no está incluido en el Formulario es Medicamento necesario (y SFHP

autoriza el medicamento recetado no incluido en el Formulario); o

- El medicamento recetado que no figura en el Formulario ha sido previamente aprobado por SFHP para tratar su afección médica y su Médico de Atención primaria continúa recetando el medicamento para su afección médica, siempre que el medicamento recetado que no figura en el Formulario se recete de manera adecuada y se considere seguro y eficaz para tratar su afección médica; o
- El medicamento recetado que no figura en el Formulario está aprobado por la Federal Food and Drug Administration (FDA) como un medicamento nuevo en investigación o clasificado como un medicamento para el cáncer del Grupo C por el National Cancer Institute) para usarlo solo para los fines aprobados por la FDA o el National Cancer Institute.

Las solicitudes de cobertura de medicamentos no incluidos en el Formulario se denominan “solicitudes de excepción”. Las solicitudes de excepción siguen el mismo proceso descrito en “Proceso de Autorización previa de farmacia”.

- Las solicitudes de excepción estándar se revisan dentro de las 72 horas.
- Cuando existan Circunstancias apremiantes, la solicitud se procesa como expedita y se revisa en 24 horas.
- Si no está de acuerdo con una denegación de su solicitud de un medicamento no incluido en el Formulario o “solicitud de excepción”, puede presentar una apelación ante SFHP o solicitar una revisión de una organización de revisión independiente. Para obtener más información, consulte la sección “Procedimientos de reclamos y apelaciones”.

V. Atención de la audición

La evaluación audiológica para medir el grado de pérdida auditiva y una evaluación de aparato de corrección auditiva para determinar la marca y

modelo más adecuado de aparato de corrección auditiva.

Aparatos auditivos monoaurales o binaurales, incluidos moldes de oídos, el instrumento del aparato auditivo, la batería inicial, los cables y otro equipo auxiliar.

Visitas para acondicionamiento, asesoría, ajustes y reparaciones sin cargo por un año después de la provisión de un aparato de corrección auditiva cubierto.

Exclusiones: La compra de baterías u otro equipo auxiliar, excepto aquel equipo cubierto según los términos de la compra inicial del aparato de ayuda auditiva y los cargos por un aparato de ayuda auditiva que exceda las especificaciones recetadas para la corrección de pérdida de la audición. Se excluyen las partes de reemplazo para aparatos auditivos, reparación de un aparato auditivo más de una vez en un período de 36 meses y dispositivos auditivos implantados quirúrgicamente.

W. Afección de salud mental y trastornos por consumo de sustancias

Los servicios de tratamiento para afecciones de salud mental y para trastornos por consumo de sustancias son proporcionados a través de San Francisco Behavioral Health Services (“SFBHS”). Los Miembros deben llamar a la Línea de Ayuda de Acceso de SFBHS para solicitar una derivación a un proveedor de salud mental o a un consejero especialista en tratamiento por abuso de sustancias. Los Miembros también pueden recibir una derivación para SFBHS de su médico o del Plan. La Línea de ayuda de acceso 24 horas de SFBHS es **1(415) 255-3737** (llamada local), **1(888) 246-3333** (llamada gratuita), **1(888) 484-7200** (TTY).

Los Beneficios de trastorno de salud mental y por abuso de sustancias incluyen el tratamiento Médico necesario de afecciones de salud mental o trastornos por consumo de sustancias. Esto incluye servicios o productos para abordar las necesidades específicas de un paciente, con el objetivo de prevenir, diagnosticar o tratar una enfermedad, lesión, afección o sus síntomas,

incluyendo minimizar el avance de esa enfermedad, lesión, afección o sus síntomas, de una manera que sea:

- De acuerdo con los estándares generalmente aceptados para tratar afecciones de salud mental y atención de trastornos por consumo de sustancias; y
- Clínicamente apropiados en términos de tipo, frecuencia, grado, sitio y duración; y
- No principalmente para el beneficio económico del Plan de servicio de atención médica y los Miembros, o para la conveniencia del Miembro, médico tratante u otro proveedor de atención médica.

Estos servicios incluyen, entre otros, los siguientes:

Salud mental para Pacientes hospitalizados:

- Hospitalización para agudos y subagudos psiquiátricos/camas en centro de enfermería especializada psiquiátrica
- Atención para Paciente hospitalizado en un centro de salud con licencia
- Tratamiento residencial

Salud mental para Pacientes ambulatorios:

- Visitas al consultorio de salud mental
- Tratamiento intensivo para Pacientes ambulatorios
- La hospitalización parcial es proporcionada a través de SFBHS como un servicio para Pacientes ambulatorios visitas para Pacientes ambulatorios, incluida conserjería y psicoterapia individual y grupal
- Evaluaciones psicológicas
- intervención en casos de crisis de salud mental
- Tratamiento de salud conductual para trastorno del espectro autista (Consulte la Sección X.)

- Atención especializada coordinada para el tratamiento del primer episodio de psicosis
- Tratamiento diurno
- Pruebas de drogas, tanto presuntivas como definitivas, incluso para la evaluación inicial y continua del paciente durante el tratamiento del trastorno por consumo de sustancias
- Terapia electroconvulsiva
- Para la disforia de género, todos los Beneficios de atención médica identificados en la edición más reciente de los *Standards of Care* desarrollados por la World Professional Association for Transgender Health
- Tratamiento intensivo basado en la comunidad, que incluye el tratamiento asertivo en la comunidad y la administración intensiva de casos
- Tratamiento intensivo en el hogar
- Servicios profesionales para Pacientes ambulatorios, incluidos, entre otros, asesoramiento individual, de grupo y familiar sobre el consumo de sustancias y salud mental
- Polisomnografía
- Servicios en la escuela para una afección de salud mental o trastorno por consumo de sustancias que se brindan en la escuela a una persona inscrita de conformidad con el Health and Safety Code sección 1374.722
- Estimulación magnética transcraneal
- Servicios de control de abstinencia
- Servicios de atención médica preventiva especificados en la regla 1300.74.72.01(c)(1), (2) y (3) del Título 28 del California Code of Regulations

Además de los servicios de abuso de sustancias y salud mental médicamente necesarios, SFHP cubrirá los servicios prestados por un Centro para crisis 988 sin costo o revisión de utilización. El Plan también cubrirá un tratamiento de salud conductual prescrito en virtud de un Plan o acuerdo de tratamiento del tribunal CARES.

Se necesita Autorización previa para los siguientes Beneficios de trastornos por consumo de sustancias: hospitalizaciones para Pacientes ambulatorios, derivaciones a especialistas para servicios como Paciente ambulatorio, hospitalización parcial, tratamiento de salud conductual para trastorno del espectro autista y tratamiento residencial que no sea de emergencia.

No se requiere Autorización previa para servicios por abuso de sustancias, visitas al consultorio de salud mental, visitas para Pacientes ambulatorios, pruebas psicológicas e intervención en casos de crisis de salud mental.

SFHP cubre el diagnóstico y tratamiento Médicamente necesario de condiciones de salud mental y trastornos por consumo de sustancias. La cobertura para afecciones que cumplan la definición de afecciones de salud mental o trastornos por consumo de sustancias incluye, pero no se limita a, atención médica para Pacientes hospitalizados, atención médica para Pacientes ambulatorios, servicios parciales de hospitalización, servicios profesionales y medicamentos con receta médicamente necesarios.

Los Beneficios de salud conductual son proporcionados a través de SFBHS. Los Miembros deben llamar a la Línea de ayuda de acceso de SFBHS para solicitar una derivación a un proveedor de salud mental. Los Miembros también pueden recibir una derivación para SFBHS de su médico o del Plan. La Línea de ayuda de acceso 24 horas de SFBHS es **1(415) 255-3737** (llamada local), **1(888) 246-3333** (llamada gratuita), **1(888) 484-7200** (TTY).

X. Tratamiento de salud conductual

El tratamiento del autismo está cubierto como tratamiento de salud conductual: servicios profesionales y programas de tratamiento, incluidos análisis conductual aplicado y programas de intervención conductual basados en evidencia, desarrollen o recuperen, en la medida de lo posible, la función de una persona con trastorno del espectro autista, y que cumpla con los siguientes criterios:

- el tratamiento es prescrito por un médico o psicólogo, licenciado de conformidad con la ley de California;
- el tratamiento se proporciona de acuerdo con un Plan de tratamiento prescrito por un proveedor de servicios de autismo calificado (QAS) y lo administra un proveedor de QAS, un profesional de QAS o un paraprofesional de QAS, supervisado por el proveedor de QAS;
- el Plan de tratamiento tiene metas medibles desarrolladas y aprobadas por el proveedor QAS, que son revisadas cada seis meses y modificadas según corresponda;
- el Plan de tratamiento no se usa para proporcionar o reembolsar por servicios de relevo, cuidado de día, educativos, o participación en el Programa de tratamiento.

Los Beneficios de salud conductual son proporcionados a través de SFBHS. Los Miembros deben llamar a la Línea de ayuda de acceso de SFBHS para solicitar una derivación a un proveedor de salud mental. Los Miembros también pueden recibir una derivación para SFBHS de su médico o del Plan. La Línea de ayuda de acceso 24 horas de SFBHS es **1(415) 255-3737** (llamada local), **1(888) 246-3333** (llamada gratuita), **1(888) 484-7200** (TTY).

Y. Servicios para el trastorno por consumo de sustancias

El tratamiento Médicamente necesario de trastornos por consumo de sustancias está cubierto. La cobertura incluye, pero no se limita a:

Servicios para Pacientes ambulatorios:

- Programa para Pacientes ambulatorios intensivo para trastorno por consumo de sustancias, incluido el tratamiento del alcoholismo.
- Los Beneficios para dependencia química, desintoxicación y alcoholismo para Pacientes ambulatorios están cubiertos. Visitas al consultorio por

trastorno por consumo de sustancias, incluidas visitas al consultorio para dependencia química o conserjería.

Servicios para Pacientes hospitalizados:

- Los servicios de desintoxicación a Pacientes hospitalizados están cubiertos para servicios de hospital médicamente necesarios a Pacientes hospitalizados.
- Se requieren autorizaciones previas para servicios para trastornos por abuso de sustancias para Pacientes hospitalizados.

Los servicios para trastornos por abuso de sustancias se proporcionan a través de SFBHS. Los Miembros deben llamar a la Línea de ayuda de acceso de SFBHS para solicitar una derivación a un consejero para tratamiento por abuso de sustancias. Los Miembros también pueden recibir una derivación para SFBHS de su médico o del Plan. La Línea de ayuda de acceso 24 horas de SFBHS es **1(415) 255-3737** (llamada local), **1(888) 246-3333** (llamada gratuita), **1(888) 484-7200** (TTY).

Z. Equipo médico duradero

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

- están diseñados para uso repetido por un período prolongado;
- no se consideran desechables, con excepción de las bolsas de ostomía;
- son ordenados por un Profesional Médico autorizado que actúa dentro del alcance 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 sirven un propósito médico, y
- son apropiados para su uso en el hogar.

La reparación o reemplazo médicamente necesarios de DME, aparatos protéticos 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.

AA. Beneficios de trasplante de órganos humanos

Los trasplantes de órganos humanos, incluidos 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.

BB. 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 de venta libre, o algunos sin una receta, incluidos:

- materiales y equipos como:
 - Insulina
 - Jeringas
 - Lancetas y dispositivos de punción de lancetas
- Bombas de insulina y todos los materiales relacionados
- Sistemas tipo pluma para administración de insulina
- Tiras reactivas para pruebas de cetona en orina para diabetes tipo 1
- Medidores de glucosa en sangre (incluyen, donde se indique, aquellos diseñados para ayudar a las personas con discapacidad visual)
- 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 (Glicohemoglobina)
- Examen de retina con dilatación
- Aparatos podiátricos para evitar o tratar complicaciones relacionadas con la diabetes
- Ayudas visuales, excluyendo lentes, para ayudar a las personas con impedimento visual en la dosificación correcta de insulina

Además, los siguientes artículos con receta médica están cubiertos si se determina que son médicamente necesarios:

- Insulina

- Medicamentos con receta para el tratamiento de la diabetes
- Glucagón

CC. Servicios del centro 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.

DD. Servicios de afirmación de género

SFHP cubre servicios que son médicamente necesarios para abordar la incongruencia de género. Los procedimientos pueden requerir Autorización previa.

EE. 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 SFBHS 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 se autorizaron con anterioridad, SFHP revisará el reclamo de forma retrospectiva para cobertura como se establece en la página 33. SFHP cubrirá los servicios según sea Médicamente necesario o cuando el Miembro considere razonablemente que existe una afección médica de emergencia, incluso si

después se determina que dicha emergencia no existió. En caso de que SFHP determine que los servicios de emergencia obtenidos por el Miembro están cubiertos, 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.

FF. Preservación de la fertilidad

SFHP cubre los servicios de preservación de la fertilidad cuando un tratamiento cubierto puede causar, directa o indirectamente, infertilidad iatrogénica. La American Society of Clinical Oncology o la American Society for Reproductive Medicine deben establecer que el tratamiento médico cubierto tiene un posible efecto secundario de infertilidad. Los servicios de preservación de la fertilidad deben ser consistentes con las prácticas médicas establecidas y los lineamientos profesionales publicados por la American Society of Clinical Oncology o la American Society for Reproductive Medicine.

GG. Cambios en el Programa de Beneficios

Los Beneficios, las Exclusiones y limitaciones están sujetos a cambio, cancelación o suspensión en cualquier momento ya sea por parte del Programa o por SFHP, con un aviso de al menos treinta y un (31) días de anticipación por parte de 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.

11. 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 SFHP. Dichos servicios son Beneficios cubiertos únicamente si se obtienen de acuerdo con los procedimientos descritos en este documento, incluidos todos los requisitos de Autorización y derivación 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
- Biorretroalimentación, a menos que sea Medicamento Necesaria
- Atención quiropráctica
- Concepción por medios artificiales, incluida 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. Excepción: los servicios de preservación de la fertilidad son Beneficios cubiertos cuando un tratamiento, indirecta o directamente, causó infertilidad iatrogénica.
- Medicina de conserjería en la que un proveedor proporciona atención médica a los pacientes a cambio de una tarifa. La membresía puede incluir, entre otras

cosas, acceso ininterrumpido a un proveedor 24/7, un número de teléfono móvil para conectar directamente con el proveedor, citas en el mismo día, visitas a domicilio y/o visitas que duren el tiempo necesario para atender las necesidades del paciente. SFHP no cubrirá las cuotas de membresía de Conserjería de Medicina o los servicios proporcionados por un Proveedor de Medicina de Conserjería sin Autorización previa, incluidas las situaciones de Atención de urgencia en las que el Miembro solicitó específicamente un Proveedor de Medicina de Conserjería en su hogar. Si tiene una emergencia, llame al **911** o visite la sala de emergencias más cercana.

- Artículos de conveniencia como teléfonos, televisores, bandejas para visitas, habitaciones privadas de un hospital y artículos personales.
- Procedimientos cosméticos realizados para alterar o darle forma nuevamente a las estructuras normales del cuerpo a fin de mejorar la apariencia. Los servicios quirúrgicos de cirugía reconstructiva están cubiertos, incluyendo la cirugía reconstructiva de afirmación de género.
- Atención de custodia inherente a los servicios que se proporcionen en el hogar u hospitalización o confinamiento en un centro de salud principalmente para el descanso, o para controlar o cambiar el entorno de una persona, excepto el tratamiento Medicamento necesario de una afección de salud mental o trastorno por consumo de sustancias.
- Servicios de atención dental o aparatos.
- Las afecciones discapacitantes, incluidos 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 SFHP sea reembolsado por dichos Beneficios.

- Servicios de centro de emergencia para afecciones que no son de emergencia.
- Atención experimental que es cualquier servicio de atención médica, medicamento, dispositivo o tratamiento que 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 Food and Drug Administration federal. Consulte la página 52 de este manual, en la descripción del Listado de medicamentos uso diferente al indicado en la etiqueta para obtener una descripción completa de cuándo SFHP cubrirá estos medicamentos. Los servicios denegados por ser experimentales o de investigación están sujetos a revisión por el proceso de Revisión Médica Independiente (IMR) del Department of Managed Health Care. Usted no necesita participar en el Proceso de reclamos del Plan antes de que su caso sea escuchado a través del proceso de IMR del DMHC. Puede solicitar directamente al DMHC la participación en el proceso de IMR. Consulte la página 68 de este manual para obtener una descripción de cómo obtener acceso al proceso de IMR del Departamento.
- Cuidado rutinario de los pies, incluidos, callos, eliminación de callos, remoción o corte de uñas de los pies.
- Las mejoras al hogar/vehículo, que incluyen modificaciones o aditamentos realizados a viviendas, propiedades o vehículos automotores, incluso rampas, elevadores, elevadores de escaleras, piscinas, sistemas de filtrado de aire, equipo de control ambiental, spas, tinas calientes o controles manuales para automóviles.

- Implantes, excepto los que son médicamente necesarios y que no son cosméticos ni de naturaleza experimental o de investigación.
- Tratamientos para la infertilidad, como fertilización in vitro, transferencia intratubárica de cigotos (ZIFT), o cualquier otra forma de fertilización inducida, inseminación artificial. Los servicios concomitantes a los servicios de madres sustitutas tampoco son Servicios cubiertos. Excepción: los servicios de preservación de la fertilidad son Beneficios cubiertos cuando un tratamiento, indirecta o directamente, causó infertilidad iatrogénica.
- Atención a largo plazo, a menos que 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 sólo cuando son médicamente necesarios y solo para Beneficios descritos en servicios de "Cuidados paliativos" y "Centro de enfermería especializada".
- Procedimientos médicos, quirúrgicos (incluidos 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.
- Atención no especializada que puedan 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 y tratamiento Médicamente necesario de una afección de salud mental o trastorno por consumo de sustancias.
- Donación de órganos, incluido 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
- 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 como se dispone en la sección Órtesis y Prótesis.
- Medicamentos sin receta, materiales y dispositivos como filtros de aire o medicamentos que no requieren de receta, vitaminas, minerales, suplementos alimenticios o alimentos para dietas especiales o suplementos nutritivos. Las excepciones, que pueden estar cubiertas si son médicamente necesarias, son medicamentos, suministros y dispositivos necesarios para el tratamiento de la fenilcetonuria (PKU) y tratamiento Médicamente necesario de una afección de salud mental o trastorno por consumo de sustancias. Los medicamentos, dispositivos y productos anticonceptivos de venta libre aprobados por la FDA están cubiertos. Para obtener información de cobertura de venta libre bajo el beneficio de farmacia, consulte la sección de Medicamentos recetados médica.
- Confinamiento en un centro para el manejo del dolor para tratar o curar el dolor crónico
- 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
- Exámenes y vacunas necesarios para licencia, empleo, seguro, participación en la escuela o participación en deportes recreativos, ordenados por un tribunal o para viajar, a menos que el examen corresponda al Programa de exámenes físicos y vacunas de rutina que se estipula en “Servicios de salud preventivos” o los servicios que son médicamente necesarios para tratar afecciones de salud mental o trastornos por consumo de sustancias.
 - Atención privada de enfermería de cualquier tipo, excepto para el tratamiento Médicamente necesario de una afección de salud mental o trastorno por consumo de sustancias. La enfermería para servicios especiales, en caso de ser autorizada como médicamente necesaria, incluyendo para una afección de salud mental o trastorno por consumo de sustancias, puede tener cobertura como parte de una admisión a un hospital autorizado o un Centro de enfermería especializada.
 - La atención autoderivada que no es proporcionada, recetada o derivada por el Proveedor de Atención Primaria del Miembro y que no está autorizada de acuerdo con los procedimientos de SFHP, excepto por servicios de emergencia, servicios urgentes fuera del área y servicios de OB/GYN.
 - Servicios recibidos antes de la fecha de inicio de la cobertura del Miembro o después de la fecha en la que deje de ser Miembro, excepto según se indica con respecto a una extensión de Beneficios.
 - Medicamentos para tratar la disfunción sexual, excepto por el tratamiento Médicamente necesario de una afección de salud mental o trastorno por consumo de sustancias.
 - Se excluye el transporte distinto al que se indica en Servicios de ambulancia, incluida la cobertura de transporte en un avión comercial, vehículo de pasajeros, taxi u otra forma de transporte público.
 - 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 médicas que surjan de cualquier procedimiento de reversión o esterilización y servicios de preservación de la fertilidad cuando un tratamiento cubierto indirectamente o directamente cause infertilidad iatrogénica.
 - Beneficios de Compensación a los trabajadores, incluida 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 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 SFHP por el tratamiento de la lesión o enfermedad según lo reflejan los cargos facturados usuales del proveedor. También, 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.

12. 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 entrada en vigor de la cobertura para cada Miembro será a las 12:01am, 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 requisitos 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 requisitos 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 de que 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 inscribirse en este Plan de grupo si su cobertura ha terminado con justificación en este o cualquier otro Plan de cobertura de salud de SFHP por cualquier razón.

13. 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 las secciones Cobertura de continuación de grupo, en la página 64, y Continuación de cobertura de Beneficios del estado, en la página 64.

La cobertura para el Miembro termina a las 12:01am, 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 30 millas o 30 minutos de distancia de su Proveedor de Atención Primaria de SFHP).
- Inmediatamente al recibir el aviso por escrito si SFHP termina la cobertura de un Miembro debido a que el Miembro hizo cualquiera de lo siguiente:
 - proporcionó información que es materialmente falsa o tergiversada o en cualquier solicitud de inscripción o cualquier otro formulario del Plan de salud;
 - permitió que una persona que no es Miembro use su identificación de Miembro para obtener un servicio y Beneficios;
 - obtuvo o intentó obtener servicios o Beneficios bajo SFHP por medio de omisiones, actos o información falsa, materialmente engañosa o fraudulenta;

Además, SFHP puede terminar la cobertura de un Miembro por causa al recibir un aviso por escrito de 31 días por lo siguiente:

- incumplimiento de pagar cualquier Copago o cargo complementario cuando dicho incumplimiento a pagar no se soluciona al recibir un aviso por escrito de SFHP;
- 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 a partir de cuando SFHP reciba el aviso o en una fecha posterior según se especifique 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 la persona a la cancelación

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

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.

14. Continuación de cobertura de grupo

Cobertura de Continuación 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 de SFHP cuando su trabajo termina, por cualquier razón que no sea una mala conducta severa; cuando sus horas hayan sido reducidas; o cuando se jubile y sus Beneficios sean cancelados o reducidos debido a que el empleador se declaró en bancarrota según 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 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.

15. Duplicidad de cobertura, responsabilidad de terceros y coordinación de Beneficios

A. Cobertura duplicada

Si un Miembro de SFHP también tiene derecho a Beneficios bajo cualquiera de las condiciones descritas a continuación, la responsabilidad de 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 en virtud de Medicare y estos servicios también son cubiertos por SFHP, el proveedor de 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 la Veterans' Administration por una afección no relacionada con el servicio militar o en una instalación del Department of Defense, 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), o si el Miembro tiene cobertura de responsabilidad de un tercero, como cobertura de automovilista sin seguro, SFHP proporcionará, con respecto a los servicios requeridos como resultado de dicha lesión, los Beneficios bajo SFHP sólo 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 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, 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 SFHP o los Proveedores de SFHP solicitarán una compensación de esa aseguradora por los Beneficios proporcionados por la cobertura de SFHP. El Miembro recibirá todos los Beneficios a los que tiene derecho según este Plan, pero no más que estos Beneficios. SFHP coordinará los Beneficios de acuerdo con las normas del California Department of Managed Health Care.

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: Aún si tiene otra cobertura, los Beneficios sólo serán cubiertos por SFHP si los proporcionan los Proveedores de SFHP y son autorizados según las reglas de SFHP.

16. Procedimientos de reclamos y apelaciones

A. Procesos de reclamos y apelaciones

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 o apelación, notifique al SFHP en cuanto le sea posible. Debe solicitar un reclamo o apelación en un plazo de 180 días calendario a partir de la fecha del incidente o de la carta de Aviso de Acción.

SFHP 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 al

Plan, si usted decide presentar un reclamo o una apelación. Además, su proveedor no puede retener ni cancelar la atención médica porque usted haya presentado un reclamo o apelación.

Tenga en cuenta que: todos los afiliados al Plan de Salud tienen derecho a presentar un reclamo ante el Department of Managed Health Care en cualquier momento antes, durante o después del proceso de reclamo o apelación. Si desea recibir más información acerca del Department of Managed Health Care, diríjase a la sección titulada “Reclamos al Department of Managed Health Care” en la página 69.

Presentación de una queja

Puede presentar una queja sobre la prestación de servicios o Beneficios de salud, dentro de 180 días calendario a partir de la fecha del incidente, llamando a Servicio al Cliente al **1(415) 547-7800** (llamada local) o al **1(800) 288-5555** o puede presentar una queja por escrito a:

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

También puede enviar una queja a través de nuestro sitio web en **sfhp.org**.

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

San Francisco Health Plan Service Center
550 Kearny Street, Lower Level
San Francisco, CA 94108

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 **sfhp.org**.

Proceso de quejas/reclamos

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

Paso 1. Usted presenta su reclamo por teléfono, por escrito o en persona. El coordinador de Reclamos de SFHP estará

disponible para ayudarle con su reclamo si usted así lo desea.

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

Paso 3. SFHP le notificará por escrito la resolución en un plazo de 30 días calendario. Si no ha recibido una carta de SFHP antes de 30 días calendario o si no acepta la resolución que SFHP propone, puede solicitar una audiencia de apelación con SFHP o puede comunicarse con el Department of Managed Health Care según se describe en la Sección H.

Si por algún motivo su correo es devuelto indicando que no fue posible entregarlo y no podemos localizarlo por teléfono, SFHP no podrá continuar trabajando en su reclamo hasta que SFHP tenga noticias tuyas. Si SFHP no escucha sabe de usted dentro de 30 días calendario después de la recepción de la queja, SFHP cerrará la queja.

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

SFHP debe completar el proceso de reclamos en su totalidad en un plazo de 30 días calendario a partir de la recepción de la queja.

Si no hemos resuelto su reclamo después de 30 días calendario (sin importar en qué nivel del proceso se encuentre), puede comunicarse inmediatamente con el Department of Managed Health Care al **(1-888-466-2219)**, o a la línea TTY **(1-877-688-9891)**.

B. Reclamos y apelaciones expeditas o urgentes

Cuando tenga un reclamo urgente, puede solicitar que el Plan revise su reclamo o apelación en un plazo de 72 horas. Una queja urgente es cuando una demora en la obtención de atención médica representaría una amenaza inminente y seria a su salud, que incluye pero no

se limita a la pérdida de la vida o de una extremidad, de funciones corporales principales o de dolor intenso.

Para iniciar un Reclamo Urgente, llame a 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 de su derecho a comunicarse con el DMHC. Usted no tiene que participar en SFHP proceso de reclamo antes de comunicarse con el DMHC para obtener ayuda. Consulte la Sección H a continuación para obtener información acerca de cómo comunicarse con el Department of Managed Health Care.

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

C. Cooperación de los Miembros en el proceso de quejas

Para que SFHP tome en cuenta el reclamo del Miembro tan rápido como sea posible, se le puede pedir al Miembro que proporcione información o que permita la divulgación de los expedientes médicos. SFHP 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
550 Kearny Street, Lower Level
San Francisco, CA 94108

También puede enviar una queja a través de nuestro sitio web en **sfhp.org**.

E. Apelaciones de decisiones de Autorización de farmacia

Si no está de acuerdo con la denegación o cambio de SFHP a una solicitud de Autorización de medicamento, puede solicitar a SFHP que revise la solicitud y la decisión original presentando una apelación usando los procedimientos de "Quejas y apelaciones". SFHP debe completar el proceso de revisión de la apelación en un plazo de 30 días calendario. Puede solicitar que SFHP revise su apelación en un plazo de 72 horas cuando tiene una queja urgente.

Si no está de acuerdo con una denegación de un medicamento no incluido en el Formulario, una solicitud de Autorización previa o solicitud de excepción de Terapia de pasos, puede solicitar una revisión de la decisión de denegación por parte de una organización de revisión independiente (IRO). Esto también se denomina "reclamo que busca una revisión externa de la excepción". Debe presentar su solicitud para revisión de la IRO dentro de 180 días posteriores a la recepción de la carta de SFHP acerca de una decisión de denegación. Puede solicitar una revisión de una IRO usando los mismos métodos descritos en "Cómo presentar una queja". El hecho de que una IRO revise su solicitud no afecta su derecho a presentar una queja/apelación o solicitar una revisión médica independiente.

Al recibir su solicitud de revisión de IRO, SFHP enviará su caso a una IRO para su revisión. Una IRO no está afiliada ni trabaja para SFHP.

La IRO decidirá si SFHP debería cubrir su medicamento según su 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 la solicitud original de Autorización previa, solicitud de excepción de Terapia de pasos o solicitud de medicamento que no está en el Formulario era expedita, SFHP le notificará a usted y al médico que receta en un plazo de 24 horas.

F. Revisión médica independiente de quejas que involucran un servicio de atención médica en disputa

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

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

- (A) Su médico recomendó un servicio de atención médica como Médicamente necesario; o
- (B) Recibió Atención de urgencia o Servicios de Emergencia que un Proveedor determinó que eran Médicamente necesarios; o
- (C) Usted ha sido 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 fue denegado, modificado o retrasado por SFHP o su Grupo Médico, basado total o parcialmente en una decisión de que el servicio de atención médica no es Médicamente necesario; y

- (E) Usted ha presentado una queja ante SFHP o su Grupo Médico y se mantiene la decisión en disputa o la queja continúa sin resolverse después de 30 días. Si su reclamo requiere de una revisión agilizada, puede presentarla de inmediato al Departamento. El DMHC puede exonerar el requisito de que usted siga el proceso de quejas de SFHP en casos extraordinarios y que lo ameriten.

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

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

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

G. IMR Experimental/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/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 expedita.

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

H. Reclamos ante el Department of Managed Health Care

El California Department of Managed Health Care exige que informemos a nuestros Miembros de lo siguiente:

El California Department of Managed Health Care se encarga de regular los planes de los servicios de atención médica. Si desea presentar una queja contra su Plan de salud, primero debe comunicarse por teléfono con su Plan de salud al **1(800) 288-5555** o al **1(415) 547-7800** y usar el proceso de quejas de su Plan de salud antes de comunicarse con el Departamento. El uso de este procedimiento de quejas no le prohíbe ningún derecho ni acciones legales potenciales que estén a su disposición. Si necesita ayuda con una queja que involucra una emergencia, una queja que su Plan de salud no resolvió satisfactoriamente o una queja que ha permanecido sin resolución durante más de 30 días, puede llamar al departamento para obtener asistencia. También puede ser elegible para una Revisión médica independiente (IMR). Si usted es elegible para una IMR, el proceso de IMR le ofrecerá una revisión imparcial de las decisiones médicas que tomó un Plan de salud con relación a la necesidad médica de un servicio o tratamiento propuesto, decisiones de cobertura para tratamientos que son experimentales o de investigación y disputas de pago de servicios médicos de emergencia o urgentes. El Departamento también cuenta con una línea

telefónica gratuita (**1-888-466-2219**) y una línea TDD (**1-877-688-9891**) para personas con deficiencia auditiva o del habla. El sitio web del Departamento, **www.dmhc.ca.gov**, tiene formularios de reclamos, formularios de solicitud de IMR e instrucciones en línea.

I. Arbitraje de disputas

Si existe alguna disputa o desacuerdo entre un Miembro y SFHP (que no sea un reclamo por negligencia médica) que exceda la jurisdicción del Small Claims Court (Tribunal de Quejas Menores), el Miembro y el Plan resolverán la disputa por medio de un Arbitraje final y vinculante. El Arbitraje tendrá lugar en San Francisco, California. Un Miembro solicitará Arbitraje por medio de notificación escrita al Plan dentro de las limitaciones reglamentarias dispuestas por la ley de California, incluso, entre otros, la Tort Claims Act, 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 sólo 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 California Code of Civil Procedure. Dicho Arbitraje no tendrá jurisdicción para otorgar más de \$200,000.

Si el monto de los daños reclamados por el Miembro excede de \$200,000, entonces dentro de un plazo de treinta (30) días calendario después de la fecha en que el Plan reciba la petición de Arbitraje del Miembro, el Miembro y el Plan intentarán ponerse de acuerdo con un solo árbitro. Si las partes no pueden ponerse de acuerdo en un sólo árbitro dentro de este período de treinta (30) días, entonces 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, cualquiera de las partes puede utilizar el método establecido en la Sección 1281.6 del California Code of Civil Procedure para seleccionar al árbitro neutral.

Excepto lo descrito en esta sección, "Arbitraje de disputas", las disposiciones de Arbitraje establecidas en el Título 11 de la Parte 3 del California Code of Civil Procedure, 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 SFHP. La decisión y resolución del árbitro será emitida en cuanto sea posible después de la audiencia y la presentación del asunto por las partes, pero no más tarde de treinta (30) días calendario después. La decisión se emitirá por escrito, indicará cuál es la parte ganadora, el monto de la indemnización, otros términos relevantes de dicha compensación y los motivos por los cuales se otorgó cualquier indemnización. La resolución que otorga 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 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 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.

17. Otras disposiciones

A. Revisión por el director del Department of Managed Health Care

Si 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 Department of Managed Health Care llamando al **1(800) 466-2219** o al **1(877) 688-9891** (TTY).

B. Participación en políticas públicas

SFHP es un Plan de salud con patrocinio público. Las reuniones de su Consejo Directivo están abiertas al público. El Plan ha establecido un Comité 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 de SFHP. De acuerdo con el Health and Safety Code, Sección 1369, SFHP exhorta a sus Miembros a participar en el establecimiento de sus políticas relacionadas con las acciones realizadas por 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 a Servicio al Cliente.

C. No transferibilidad

Los Beneficios de SFHP no son transferibles sin el consentimiento por escrito de SFHP.

D. Contratistas independientes

Los Proveedores de SFHP no son agentes ni empleados de SFHP, sino contratistas independientes. SFHP regularmente proporciona credenciales a los Proveedores de Atención Primaria que proporcionan servicios a los Miembros. Sin embargo, en ningún caso 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 de un proveedor cancelado

Los Miembros que están recibiendo tratamiento para afecciones agudas, afecciones crónicas graves, embarazo (incluyendo atención posnatal inmediata y tratamiento para una afección de salud mental materna), 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 para el Miembro. Comuníquese a Servicio al Cliente para recibir información acerca de los criterios de elegibilidad, la política y el procedimiento para solicitar la continuidad de la atención por parte de un proveedor cancelado.

F. Continuidad de la atención para nuevos Miembros por parte de Proveedores no contratados

Los Miembros con cobertura que reciban tratamiento por afecciones agudas, afecciones crónicas graves, embarazo (incluida la atención inmediata de posparto y tratamiento para una afección de salud mental materna), enfermedades terminales o que sean niños desde el nacimiento hasta los 36 meses de edad, o que hayan recibido Autorización de un

proveedor para someterse a cirugía u otro procedimiento como parte de un curso de tratamiento documentado, pueden solicitar la continuidad de los servicios con cobertura en ciertas circunstancias con un proveedor que no tenga contrato y que proporcionaba servicios al Miembro en el momento en el que la cobertura del Miembro entró en vigencia conforme a 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 para el Miembro. Comuníquese a Servicio al Cliente para recibir información acerca de los criterios de elegibilidad, la política y el procedimiento para solicitar la continuidad de la atención por parte de un proveedor sin contrato.

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

G. Pago de Proveedores

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 reciben 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 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 SFHP no les paga a los Proveedores.

SFHP puede participar en acuerdos de incentivos con Grupos médicos u hospitales acerca de la calidad de la atención.

Los hospitales pueden participar en acuerdos de incentivos con Grupos médicos afiliados acerca de la calidad de la atención. 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. SFHP no participa en y no es responsable por ningún costo basado en

programas de incentivos entre los hospitales y Grupos médicos.

Llame a SFHP al **1(415) 547-7800** (llamada local) o al **1(800) 288-5555**, a su Proveedor de Atención Primaria o a su Grupo Médico, para obtener más información sobre el pago a los 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. LÉALO DETENIDAMENTE. ESTÁ DISPONIBLE UNA DECLARACIÓN QUE DESCRIBE LAS POLÍTICAS Y PROCEDIMIENTOS DEL SFHP PARA PRESERVAR LA CONFIDENCIALIDAD DE LOS REGISTROS MÉDICOS Y SE LE ENTREGARÁ A SU SOLICITUD.

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 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 de 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 San Francisco Health Plan y sus médicos compartir, vender, utilizar o divulgar intencionalmente cualquier información médica que no esté relacionada con la atención médica que se proporciona al paciente sin la Autorización del paciente, a menos que la divulgación sea exigida legalmente. Cada médico de SFHP que maneja registros médicos debe preservar la confidencialidad del paciente.

Divulgación de datos prohibida

- No divulgaremos su información médica y personal relacionada con un aborto que sea solicitado por una citación u otra solicitud que se base en las leyes de otro estado que interfieren con sus derechos bajo la Reproductive Privacy Act.
- No divulgaremos información médica sobre un niño que reciba atención médica de afirmación de género o salud mental por afirmación de género en respuesta a cualquier acción civil, incluida una citación extranjera.
- No divulgaremos información médica a personas o entidades que hayan solicitado esa información porque la ley de otro estado permite una acción civil sobre un niño que recibe atención de salud que afirma el género o recibe atención de salud mental.

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 San Francisco Health Plan al **1(415) 547-7800** (llamada local) o al **1(800) 288-5555** y le enviaremos una copia de nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad.

I. Servicios delicados

Los servicios delicados o sensibles incluyen la atención médica relacionada con la salud mental o conductual, la salud sexual y reproductiva, las infecciones de transmisión sexual (incluyendo HIV y AIDS), trastorno por consumo de

sustancias, atención de afirmación de género y violencia de pareja íntima.

Usted no está obligado a obtener el permiso de otra persona para recibir Servicios delicados o presentar un reclamo para Servicios delicados si tiene derecho a dar su consentimiento.

SFHP reconoce su derecho exclusivo de ejercer sus derechos con respecto a su información médica relacionada con Servicios delicados. SFHP no divulgará su información médica relacionada con los Servicios delicados a nadie sin su Autorización expresa por escrito. SFHP no le exigirá que renuncie o renuncie a estos derechos para inscribirse en Healthy Workers HMO o estar cubierto por el Plan Healthy Workers HMO.

Usted puede solicitar a SFHP que se comunique con usted acerca de los Servicios delicados de una manera diferente a su dirección, número de teléfono o correo electrónico que aparece en los archivos. Consulte la sección "Solicitudes de comunicación confidencial" para obtener más información.

J. Solicitar comunicaciones confidenciales

Usted puede solicitar a SFHP que se comunique con usted de una manera diferente a su dirección, número de teléfono o correo electrónico que aparece en los archivos. Nos puede solicitar que nos comuniquemos con usted de una forma específica (por ejemplo, al teléfono de la casa o de la oficina), que lo contactemos a una dirección de correo electrónica específica o que le enviemos el correo a una dirección distinta. A esto se le llama "solicitud de comunicación confidencial".

SFHP atenderá su solicitud de comunicación confidencial si SFHP puede producir fácilmente su información y avisos de la manera y a la ubicación que especificó. SFHP enviará la siguiente información y avisos a través del método que especifique:

- Facturas e intentos de cobrar el pago
- Aviso de determinaciones adversas de Beneficios (Aviso de acción)

- Aviso de Explicación de Beneficios
- Solicitud de SFHP de información adicional con respecto a un reclamo
- Notificación de un reclamo impugnado
- Nombre y dirección de un proveedor, descripción de los servicios prestados y otra información relacionada con una visita
- Cualquier comunicación escrita, oral o electrónica de SFHP que contenga PHI

Si se comunica con nosotros por teléfono o de manera electrónica acerca de su solicitud de comunicación confidencial, SFHP comenzará a comunicarse con usted de la manera y al lugar especificado por usted en 7 días calendario a partir de la recepción. Si nos envía su solicitud de comunicación confidencial por correo, SFHP empezará a comunicarnos con usted de la forma y en los lugares que especifique dentro de 14 días calendario posteriores a la recepción de su carta. Su solicitud de comunicación confidencial es válida hasta que la revoque o envíe una nueva solicitud.

K. 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 de SFHP y para determinar la elegibilidad para recibir los Beneficios de acuerdo con el contrato del Plan de salud y esta Evidencia de Cobertura. SFHP ejercerá esta autoridad para beneficio de todas las personas que tienen derecho a recibir Beneficios según el contrato y esta Evidencia de Cobertura.

L. Ley aplicable

SFHP está sujeto a los requerimientos de la ley de Knox-Keene de California, Capítulo 2.2 de la División 2 del California Health and Safety Code y a las normas establecidas en el Título 28 de California Code of Regulations. Cualquier disposición que deba estar en este Programa de Beneficios de acuerdo con la Ley Knox-Keene (o

con las regulaciones, será obligatorio para SFHP, incluso si no se incluye en esta Evidencia de Cobertura ni en el acuerdo de grupo entre SFHP y su empleador.

M. 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.

Vecindarios que cubre SFHP

