



Manual del miembro 2027

sfhp.org/es/careplus-members

1 de enero de 2027 – 31 de diciembre de 2027

Su cobertura de salud y medicamentos con SFHP Care Plus (HMO D-SNP)

Introducción al *Manual del miembro*

Este *Manual del miembro*, también conocido como *Evidencia de cobertura*, le informa sobre la cobertura que encontrará bajo nuestro plan hasta el 31 de diciembre de 2027. Explica los servicios de atención médica, servicios de salud conductual (trastornos de salud mental y para consumo de sustancias), cobertura de medicamentos, y servicios y apoyos a largo plazo. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el **Capítulo 12** de este *Manual del miembro*.

Este es un documento legal importante. Guárdelo en un lugar seguro.

Cuando en este *Manual del miembro* se dice “nosotros”, “nos”, “nuestro” o “nuestro plan”, significa SFHP Care Plus (HMO D-SNP).

Este documento está disponible de forma gratuita en inglés, chino (tradicional), español, vietnamita, ruso y tagalo.

Puede obtener este documento de forma gratuita en otros formatos, como letra grande, braille o audio, llamando a Servicio al Cliente de SFHP Care Plus al 1(833) 530-7327 (TTY: 711), los siete días de la semana de octubre a marzo, cerrado los sábados y domingos de abril a septiembre. La llamada es gratuita.

También puede presentar una solicitud permanente para recibir materiales en otros idiomas o en formatos alternativos:

- Otros documentos están disponibles en inglés, chino (tradicional), español, vietnamita, ruso y tagalo.
- Los formatos alternativos disponibles son letra grande, braille, CD de datos o audio.
- Puede hacer una solicitud permanente para recibir sus materiales en otro idioma y/o formato alternativo en cualquier momento. Mantendremos su preferencia por tiempo indefinido o hasta que vuelva a solicitar cambiarla. Para recibir este documento en otro idioma que no sea inglés o en un formato alternativo, comuníquese con Servicio al Cliente de SFHP Care Plus.



Si tiene preguntas, llame a SFHP Care Plus al 1(833) 530-7327 (TTY: 711).

Estamos disponibles de 8:00am a 8:00pm, los siete días de la semana de octubre a marzo; cerrados los sábados y domingos de abril a septiembre. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite sfhp.org/careplus-members.

1

- Su solicitud permanente se guardará en nuestro sistema para todo correo y comunicaciones futuras.
- Para cancelar o realizar un cambio en su solicitud permanente, llame a la línea gratuita de Servicio al Cliente de SFHP Care Plus al 1(833) 530-7327 (TTY: 711). Estamos disponibles de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana de octubre a marzo; cerrados los sábados y domingos de abril a septiembre. La llamada es gratuita.



Si tiene preguntas, llame a SFHP Care Plus al 1(833) 530-7327 (TTY: 711). Estamos disponibles de 8:00am a 8:00pm, los siete días de la semana de octubre a marzo; cerrados los sábados y domingos de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite sfhp.org/careplus-members.

Aviso de disponibilidad de servicios de asistencia lingüística y Ayudas y servicios auxiliares

ENGLISH - ATTENTION: If you need help in your language, call **1(833) 530-7327 (TTY: 711)**. Aids and services for people with disabilities, like documents in braille and large print, are also available. Call **1(833) 530-7327 (TTY: 711)**. These services are free.

العربية (ARABIC) - يُرجى الانتباه: إذا احتجت إلى المساعدة بلغتك، فاتصل بـ **1(833) 530-7327 (TTY: 711)**. تتوفر أيضًا المساعدات والخدمات للأشخاص ذوي الإعاقة، مثل المستندات المكتوبة بطريقة برايل والخط الكبير. اتصل بـ **1(833) 530-7327 (TTY: 711)**. هذه الخدمات مجانية.

Հայերեն (ARMENIAN) - ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ: Եթե Ձեզ օգնություն է հարկավոր Ձեր լեզվով, զանգահարեք **1(833) 530-7327 (TTY: 711)**: Կան նաև օժանդակ միջոցներ ու ծառայություններ հաշմանդամություն ունեցող անձանց համար, օրինակ՝ Բրայլի գրատիպով ու խոշորատառ տպագրված նյութեր: Զանգահարեք **1(833) 530-7327 (TTY: 711)**: Այս ծառայություններն անվճար են:

ខ្មែរ (CAMBODIAN) - ចំណាំ: បើអ្នក ត្រូវ ការជំនួយ ជាភាសា របស់ អ្នក សូម ទូរស័ព្ទទៅលេខ **1(833) 530-7327 (TTY: 711)**។ ជំនួយ និង សេវាកម្ម សម្រាប់ ជនពិការ ដូចជាឯកសារសរសេរជាអក្សរធំ សម្រាប់ជនពិការភ្នែក ឬឯកសារសរសេរជាអក្សរពុម្ពធំ ក៏អាច រកបានផងដែរ។ ទូរស័ព្ទមកលេខ **1(833) 530-7327 (TTY: 711)**។ សេវាកម្មទាំងនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។



Si tiene preguntas, llame a SFHP Care Plus al **1(833) 530-7327 (TTY: 711)**.

Estamos disponibles de 8:00am a 8:00pm, los siete días de la semana de octubre a marzo; cerrados los sábados y domingos de abril a septiembre. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite sfhp.org/careplus-members.

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(833) 530-7327** (TTY: **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(833) 530-7327** (TTY: **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(833) 530-7327** (TTY: **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(833) 530-7327** (TTY: **711**)。這些服務是免費的。

فارسی (FARSI) - توجه: اگر می‌خواهید به زبان خود کمک دریافت کنید، با **1(833) 530-7327** (TTY: **711**) تماس بگیرید. کمک‌ها و خدمات مخصوص افراد دارای معلولیت، مانند نسخه‌های خط بریل و چاپ با حروف بزرگ، نیز موجود است. با **1(833) 530-7327** (TTY: **711**) تماس بگیرید. این خدمات رایگان هستند.

हिंदी (HINDI) - ध्यान दें: यदि आपको अपनी भाषा में मदद चाहिए, तो **1(833) 530-7327** (TTY: **711**)। विकलांग लोगों के लिए सहायता और सेवाएँ, जैसे ब्रेल और बड़े प्रिंट में दस्तावेज़ भी उपलब्ध हैं। **1(833) 530-7327** (TTY: **711**)। ये सेवाएँ निःशुल्क हैं।

HMOOB (HMONG) - CEEB TOOM: Yog koj xav tau kev pab txhais koj hom lus hu rau **1(833) 530-7327** (TTY: **711**). 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(833) 530-7327** (TTY: **711**). Cov kev pabcuam no pub dawb.



Si tiene preguntas, llame a SFHP Care Plus al **1(833) 530-7327** (TTY: **711**).

Estamos disponibles de 8:00am a 8:00pm, los siete días de la semana de octubre a marzo; cerrados los sábados y domingos de abril a septiembre. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite sfhp.org/careplus-members.

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(833) 530-7327** (TTY: **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(833) 530-7327** (TTY: **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(833) 530-7327** (TTY: **711** 으로 전화하십시오). 점자 및 큰 글씨로 된 문서 등 장애인을 위한 보조 도구와 서비스도 제공됩니다. **1(833) 530-7327** (TTY: **711** 으로 전화하십시오). 이러한 서비스는 무료입니다.

ພາສາລາວ (LAO) - ຂໍຄວນລະວັງ: ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນພາສາຂອງທ່ານ, ໃຫ້ໂທຫາ **1(833) 530-7327** (TTY: **711**). ການຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ການບໍລິການສໍາລັບຄົນພິການເຊັ່ນ: ເອກະສານທີ່ເປັນຕົວອັກສອນນຸນ ແລະ ຕົວພິມຂະໜາດໃຫຍ່ ແມ່ນຍັງມີຢູ່. ໂທ **1(833) 530-7327** (TTY: **711**). ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ແມ່ນຟຣີ.

MIEN (MIEN) - LONGC HNYOUV JANGX LONGX OC: Beiv taux meih qiex longc mienh tengx faan benx meih nyei waac nor douc waac daaih lorx taux **1(833) 530-7327** (TTY: **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(833) 530-7327** (TTY: **711**). Naaiv deix gong benx wangv henh tengx oc.



Si tiene preguntas, llame a SFHP Care Plus al **1(833) 530-7327** (TTY: **711**).

Estamos disponibles de 8:00am a 8:00pm, los siete días de la semana de octubre a marzo; cerrados los sábados y domingos de abril a septiembre. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite sfhp.org/careplus-members.

ਪੰਜਾਬੀ (PUNJABI) - ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ ਤਾਂ ਕਾਲ ਕਰੋ **1(833) 530-7327** (TTY: **711** 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ)। ਅਪਾਹਜ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਬ੍ਰੇਲ ਅਤੇ ਮੋਟੀ ਛਪਾਈ ਵਿੱਚ ਦਸਤਾਵੇਜ਼, ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। ਕਾਲ ਕਰੋ **1(833) 530-7327** (TTY: **711** 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ)। ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਮੁਫਤ ਹਨ।

РУССКИЙ (RUSSIAN) - ВНИМАНИЕ! Если вам нужна помощь на вашем родном языке, звоните по номеру **1(833) 530-7327** (линия TTY: **711**). Также предоставляются средства и услуги для людей с ограниченными возможностями, например документы крупным шрифтом или шрифтом Брайля. Звоните по номеру **1(833) 530-7327** (линия TTY: **711**). Эти услуги являются бесплатными.

ESPAÑOL (SPANISH) - ATENCIÓN: si necesita ayuda en su idioma, llame al **1(833) 530-7327** (TTY: **711**). También ofrecemos asistencia y servicios para personas con discapacidades, como documentos en braille y con letras grandes. Llame al **1(833) 530-7327** (TTY: **711**). Estos servicios son gratuitos.

TAGALOG (TAGALOG-FILIPINO) - ATENSIYON: Kung kailangan mo ng tulong sa iyong wika, tumawag sa **1(833) 530-7327** (TTY: **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(833) 530-7327** (TTY: **711**). Libre ang mga serbisyong ito.

ภาษาไทย (THAI) - โปรดทราบ: หากคุณต้องการความช่วยเหลือเป็นภาษาของคุณ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข **1(833) 530-7327** (TTY: **711**) นอกจากนี้ ยังพร้อมให้ความช่วยเหลือและบริการต่าง ๆ สำหรับบุคคลที่มีความพิการ เช่น เอกสารต่าง ๆ ที่เป็นอักษรเบรลล์และเอกสารที่พิมพ์ด้วยตัวอักษรขนาดใหญ่ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข **1(833) 530-7327** (TTY: **711**) บริการไม่มีค่าใช้จ่ายใด ๆ



Si tiene preguntas, llame a SFHP Care Plus al **1(833) 530-7327** (TTY: **711**).

Estamos disponibles de 8:00am a 8:00pm, los siete días de la semana de octubre a marzo; cerrados los sábados y domingos de abril a septiembre. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite sfhp.org/careplus-members.

УКРАЇНСЬКОЮ (UKRAINIAN) - УВАГА! Якщо вам потрібна допомога вашою рідною мовою, телефонуйте на номер **1(833) 530-7327** (TTY: **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(833) 530-7327** (TTY: **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(833) 530-7327** (TTY: **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(833) 530-7327** (TTY: **711**). Những dịch vụ này đều là miễn phí.



Si tiene preguntas, llame a SFHP Care Plus al 1(833) 530-7327 (TTY: 711). Estamos disponibles de 8:00am a 8:00pm, los siete días de la semana de octubre a marzo; cerrados los sábados y domingos de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite sfhp.org/careplus-members.

Otros idiomas

Puede obtener este *Manual del miembro* y otros materiales del plan en otros idiomas sin costo.

SFHP Care Plus proporciona traducciones escritas de traductores cualificados. Llame a Servicio al Cliente de SFHP Care Plus al 1(833) 530-7327 (TTY: 711). Estamos disponibles de 8:00am a 8:00pm, los siete días de la semana de octubre a marzo, cerrados los sábados y domingos de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Lea este *Manual del miembro* para obtener más información acerca de los servicios de asistencia de idiomas de atención médica, como servicios de traducción y de interpretación.

Otros formatos

Puede obtener esta información de manera oportuna en otros formatos, como braille, letra impresa en tamaño grande de 20, formato de audio y formatos electrónicos accesibles (CD de datos), sin costo para usted. Llame a Servicio al Cliente de SFHP Care Plus al 1(833) 530-7327 (TTY: 711). Estamos disponibles de 8:00am a 8:00pm, los siete días de la semana de octubre a marzo, cerrados los sábados y domingos de abril a septiembre. La llamada es gratuita.



Si tiene preguntas, llame a SFHP Care Plus al 1(833) 530-7327 (TTY: 711).

Estamos disponibles de 8:00am a 8:00pm, los siete días de la semana de octubre a marzo; cerrados los sábados y domingos de abril a septiembre. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite sfhp.org/careplus-members.

Servicios de acceso a idiomas

SFHP Care Plus proporciona servicios de interpretación, incluyendo lenguaje de señas, de un intérprete cualificado, las 24 horas del día, sin costo para usted. No es necesario que un miembro de la familia o un amigo sea el intérprete.

Desaconsejamos el uso de familiares o amigos como intérpretes, especialmente menores, a menos que se trate de una emergencia. Hay disponibles servicios gratuitos de acceso a idiomas, incluyendo servicios de intérprete. Los servicios de intérprete están disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Para obtener ayuda en su idioma o para obtener este manual en un idioma diferente, llame a Servicio al Cliente de SFHP Care Plus al 1(833) 530-7327 (TTY: 711). La llamada es gratuita.



Si tiene preguntas, llame a SFHP Care Plus al 1(833) 530-7327 (TTY: 711).

Estamos disponibles de 8:00am a 8:00pm, los siete días de la semana de octubre a marzo; cerrados los sábados y domingos de abril a septiembre. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite sfhp.org/careplus-members.

Índice

Capítulo 1: Comenzar como miembro.....	11
Capítulo 2: Números de teléfono y recursos importantes.....	25
Capítulo 3: Usar la cobertura de nuestro plan para su atención médica y otros servicios cubiertos	50
Capítulo 4: Tabla de beneficios.....	74
Capítulo 5: Obtener sus medicamentos como paciente ambulatorio	150
Capítulo 6: Lo que paga por sus medicamentos de Medicare y Medi-Cal	174
Capítulo 7: Pedirnos que paguemos nuestra parte de una factura que recibió por servicios o medicamentos cubiertos	185
Capítulo 8: Sus derechos y responsabilidades	192
Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)	211
Capítulo 10: Terminar su membresía en nuestro plan	264
Capítulo 11: Avisos legales	276
Capítulo 12: Definiciones de palabras importantes	280



Si tiene preguntas, llame a SFHP Care Plus al 1(833) 530-7327 (TTY: 711).

Estamos disponibles de 8:00am a 8:00pm, los siete días de la semana de octubre a marzo; cerrados los sábados y domingos de abril a septiembre. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite sfhp.org/careplus-members.

Descargos de responsabilidad

- ❖ SFHP Care Plus (HMO D-SNP) es una Organización Medicare Advantage con contratos con Medicare y Medi-Cal. La inscripción en SFHP Care Plus depende de la renovación del contrato.
- ❖ Los proveedores fuera de la red/no contratados no tienen la obligación de tratar a los miembros del plan, excepto en situaciones de emergencia. Llame al número de Servicio al Cliente de SFHP Care Plus o consulte su Evidencia de cobertura para obtener más información, incluido el costo compartido que aplica a servicios fuera de la red.
- ❖ Beneficios complementarios especiales para enfermos crónicos (SSBCI): determinados beneficios están disponibles como parte de este programa para enfermos crónicos. No todos los miembros califican. Si un PCP de la red le diagnostica una afección crónica elegible y cumple con determinados criterios, puede ser elegible para beneficios adicionales.
- ❖ Los beneficios y/o copagos pueden cambiar el 1 de enero de 2028.
- ❖ Nuestros medicamentos cubiertos, la red de farmacias y/o la red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Recibirá un aviso sobre cualquier cambio que pueda afectarlo con al menos 30 días de anticipación.



Si tiene preguntas, llame a SFHP Care Plus al 1(833) 530-7327 (TTY: 711). Estamos disponibles de 8:00am a 8:00pm, los siete días de la semana de octubre a marzo; cerrados los sábados y domingos de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite sfhp.org/careplus-members.

Capítulo 1: Comenzar como miembro

Introducción

Este capítulo incluye información sobre SFHP Care Plus, un plan de salud que cubre todos sus servicios de Medicare y coordina todos sus servicios de Medicare y Medi-Cal, y su membresía en él. También le informa qué esperar y qué otra información obtendrá de nosotros. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo del *Manual del miembro*.

Índice

A. Bienvenido a nuestro plan.....	14
B. Información sobre Medicare y Medi-Cal	14
B1. Medicare.....	14
B2. Medi-Cal	14
C. Ventajas de nuestro plan	15
D. Viva dentro del área de servicio del plan	16
E. Qué lo hace elegible para ser miembro del plan.....	17
F. Qué esperar cuando se inscribe por primera vez en nuestro plan de salud	17
G. Su equipo de atención y plan de atención	19
G1. Equipo de atención	19
G2. Plan de atención	19
H. Resumen de costos importantes.....	19
H1. Prima del plan	20
H2. Prima mensual de Medicare Part B.....	20
H3. Prima del Beneficio complementario opcional.....	20
I. Este <i>Manual del miembro</i>	20



Si tiene preguntas, llame a SFHP Care Plus al 1(833) 530-7327 (TTY: 711). Estamos disponibles de 8:00am a 8:00pm, los siete días de la semana de octubre a marzo; cerrados los sábados y domingos de abril a septiembre. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite sfhp.org/careplus-members.

J. Otra información importante que obtiene de nosotros	21
J1. Su tarjeta de ID de miembro	21
J2. <i>Directorio de proveedores y farmacias</i>	22
J3. <i>Lista de medicamentos cubiertos</i>	23
J4. <i>La Explicación de beneficios</i>	24
K. Mantener actualizado su registro de membresía	24
K1. Privacidad de la información médica personal (PHI)	25



Si tiene preguntas, llame a SFHP Care Plus al 1(833) 530-7327 (TTY: 711). Estamos disponibles de 8:00am a 8:00pm, los siete días de la semana de octubre a marzo; cerrados los sábados y domingos de abril a septiembre. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite sfhp.org/careplus-members.

A. Bienvenido a nuestro plan

Nuestro plan brinda servicios de Medicare y Medi-Cal a personas que son elegibles para ambos programas. Nuestro plan incluye médicos, hospitales, farmacias, proveedores de servicios y apoyos a largo plazo, proveedores de salud conductual y otros proveedores. También contamos con administradores de atención y equipos de atención para ayudarle a administrar sus proveedores y servicios. Todos ellos trabajan en conjunto para brindarle la atención que necesita.

SFHP parte de la creencia de que toda persona que vive en San Francisco merece acceso a atención médica de calidad y a un costo accesible. Como un plan de atención médica comunitaria autorizado, SFHP fue diseñado por y para las personas a quienes prestamos servicios, muchas de las cuales no podrían obtener atención médica para ellos ni para sus familias. SFHP lleva esta creencia a su misión de brindar a todos los habitantes de San Francisco una atención de excelencia, abarcando todas las comunidades culturales y étnicamente diversas que hacen de San Francisco una ciudad tan única.

B. Información sobre Medicare y Medi-Cal

B1. Medicare

Medicare es el programa federal de seguro de salud para:

- personas de 65 años o más,
- algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades, **y**
- personas con enfermedad renal en etapa terminal (insuficiencia renal).

B2. Medi-Cal

Medi-Cal es el nombre del programa Medicaid de California. Medi-Cal es administrado por el estado y es pagado por el estado y el gobierno federal. Medi-Cal ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los Servicios y apoyos a largo plazo (LTSS) y los costos médicos. Cubre servicios adicionales y medicamentos no cubiertos por Medicare.

Cada estado decide:

- lo que cuenta como ingresos y recursos,
- quién es elegible,
- qué servicios están cubiertos, **y**



Si tiene preguntas, llame a SFHP Care Plus al 1(833) 530-7327 (TTY: 711). Estamos disponibles de 8:00am a 8:00pm, los siete días de la semana de octubre a marzo; cerrados los sábados y domingos de abril a septiembre. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite sfhp.org/careplus-members.

- el costo de los servicios.

Los estados pueden decidir cómo administrar sus programas, siempre que sigan las reglas federales.

Medicare y el estado de California aprobaron nuestro plan. Puede obtener servicios de Medicare y Medi-Cal a través de nuestro plan siempre que:

- elijamos ofrecer el plan, y
- Medicare y el estado de California nos permitan continuar ofreciendo este plan.

Incluso si nuestro plan deja de operar en el futuro, su elegibilidad para los servicios de Medicare y Medi-Cal no se verá afectada.

C. Ventajas de nuestro plan

Ahora obtendrá todos sus servicios cubiertos de Medicare y Medi-Cal de nuestro plan, incluidos los medicamentos. **Usted no paga más por inscribirse en este plan de salud.**

Ayudamos a que sus beneficios de Medicare y Medi-Cal funcionen mejor juntos para usted. Algunas de las ventajas incluyen:

- Puede trabajar con nosotros para la **mayoría** de sus necesidades de atención médica.
- Cuenta con un equipo de atención que ayuda a organizar todo. Su equipo de atención puede incluirlo a usted, a su cuidador, médicos, enfermeros, consejeros u otros profesionales de la salud.
- Tiene acceso a un administrador de atención. Esta es una persona que trabaja con usted, con nuestro plan y con su equipo de atención para ayudar a elaborar un plan de atención.
- Puede dirigir su propia atención con la ayuda de su equipo de atención y administrador de atención.
- Su equipo de atención y su administrador de atención trabajan con usted para elaborar un plan de atención diseñado para satisfacer **sus** necesidades de salud. El equipo de atención ayuda a coordinar los servicios que necesita. Por ejemplo, esto significa que su equipo de atención se asegura de que:



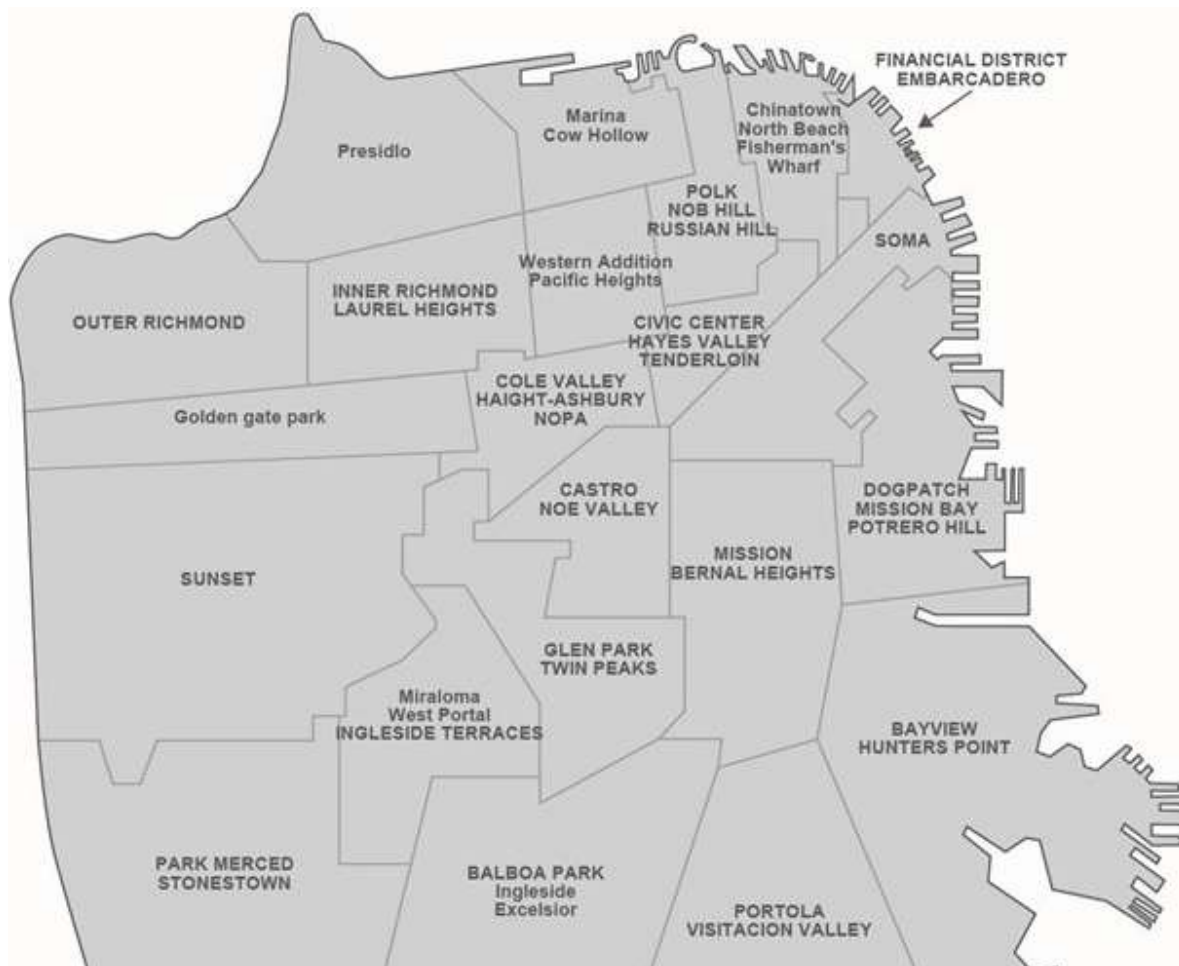
Si tiene preguntas, llame a SFHP Care Plus al 1(833) 530-7327 (TTY: 711). Estamos disponibles de 8:00am a 8:00pm, los siete días de la semana de octubre a marzo; cerrados los sábados y domingos de abril a septiembre. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite sfhp.org/careplus-members.

- Sus médicos conozcan todos los medicamentos que toma para asegurarse de que está tomando los medicamentos correctos y puedan reducir cualquier efecto secundario que pueda tener a causa de los medicamentos.
- Los resultados de sus pruebas se comparten con todos sus médicos y otros proveedores, según corresponda.

Nuevos miembros de SFHP Care Plus: en la mayoría de los casos, se le inscribirá en SFHP Care Plus para sus beneficios de Medicare el 1.^{er} día del mes después de solicitar inscribirse en SFHP Care Plus. Aún puede recibir sus servicios de Medi-Cal de su plan de salud de Medi-Cal anterior durante un mes adicional. Después de eso, recibirá sus servicios de Medi-Cal a través de SFHP Care Plus. No habrá una brecha en su cobertura de Medi-Cal. Llámenos al 1(833) 530-7327 (TTY: 711) si tiene alguna pregunta.

D. Viva dentro del área de servicio del plan



Si tiene preguntas, llame a SFHP Care Plus al 1(833) 530-7327 (TTY: 711). Estamos disponibles de 8:00am a 8:00pm, los siete días de la semana de octubre a marzo; cerrados los sábados y domingos de abril a septiembre. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite sfhp.org/careplus-members.

El área de servicio incluye el siguiente condado de California: condado de San Francisco.

Solo las personas que vivan en nuestra área de servicio pueden unirse a nuestro plan.

No puede permanecer en nuestro plan si se muda fuera del área de servicio.

Consulte el **Capítulo 8** de este *Manual del miembro* para obtener más información sobre los efectos de mudarse fuera del área de servicio.

E. Qué lo hace elegible para ser miembro del plan

Es elegible para nuestro plan siempre y cuando:

- viva en nuestra área de servicio (no se considera que las personas encarceladas vivan en el área de servicio, incluso si están físicamente ubicadas en ella), **y**
- tenga 21 años o más en el momento de la inscripción, **y**
- tenga tanto Medicare Part A como Medicare Part B, **y**
- sea ciudadano o nacional de los Estados Unidos, o un no ciudadano elegible, **y**
- sea actualmente elegible para Medi-Cal.
- Si pierde la elegibilidad para Medi-Cal pero se espera que la recupere dentro de los tres (3) meses, entonces aún es elegible para nuestro plan.

Llame a Servicio al Cliente de SFHP Care Plus para obtener más información.

F. Qué esperar cuando se inscribe por primera vez en nuestro plan de salud

Cuando se inscribe por primera vez en nuestro plan, recibe una evaluación de riesgos de salud (HRA) dentro de los 90 días anteriores o posteriores a la fecha de entrada en vigencia de su inscripción.

Debemos completar una HRA para usted. Esta HRA es la base para desarrollar su plan de atención. La HRA incluye preguntas para identificar sus necesidades médicas, de salud conductual y funcionales.

Nos comunicamos con usted para completar la HRA. Podemos completar la HRA mediante una visita en persona, una llamada telefónica o un correo. Nos comunicaremos con usted anualmente para ver si alguna de sus necesidades ha cambiado.



Si tiene preguntas, llame a SFHP Care Plus al 1(833) 530-7327 (TTY: 711). Estamos disponibles de 8:00am a 8:00pm, los siete días de la semana de octubre a marzo; cerrados los sábados y domingos de abril a septiembre. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite sfhp.org/careplus-members.

Le enviaremos más información sobre esta HRA.

Si nuestro plan es nuevo para usted, puede seguir usando los médicos que usa ahora durante un cierto período de tiempo, incluso si no están en nuestra red. A esto le llamamos continuidad de la atención. Si no están en nuestra red, puede mantener sus proveedores y autorizaciones de servicio actuales en el momento de inscribirse hasta por 12 meses si se cumplen todas las siguientes condiciones:

- Usted, su representante o su proveedor nos piden que le permitamos seguir usando su proveedor actual.
- Establecemos que tenía una relación existente con un proveedor de atención primaria o de especialidad, con algunas excepciones. Cuando decimos “relación existente”, significa que vio a un proveedor fuera de la red al menos una vez para una visita que no sea de emergencia durante los 12 meses anteriores a la fecha de su inscripción inicial en nuestro plan.
 - Determinamos una relación existente revisando su información médica disponible o la información que nos proporciona.
 - Tenemos 30 días para responder a su solicitud. Puede pedirnos que tomemos una decisión más rápida y debemos responder en 15 días. Puede hacer esta solicitud llamando al 1(833) 530-7327. Si corre el riesgo de sufrir daños, debemos responder dentro de tres días.
 - Usted o su proveedor deben mostrar documentación de una relación existente y aceptar ciertos términos cuando realiza la solicitud.

Nota: Puede realizar esta solicitud para proveedores de equipo médico duradero (DME) durante al menos 90 días hasta que autorice un nuevo alquiler de DME y hagamos que un proveedor de la red entregue el alquiler. Aunque no puede realizar esta solicitud para proveedores de transporte u otros proveedores auxiliares, puede realizar una solicitud para servicios de transporte u otros servicios auxiliares no incluidos en nuestro plan.

Una vez finalizado el período de continuidad de la atención, deberá usar médicos y otros proveedores de la red de SFHP Care Plus, a menos que lleguemos a un acuerdo con su médico fuera de la red. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con el plan de salud. Consulte el **Capítulo 3** del *Manual del miembro* para obtener más información.



Si tiene preguntas, llame a SFHP Care Plus al 1(833) 530-7327 (TTY: 711). Estamos disponibles de 8:00am a 8:00pm, los siete días de la semana de octubre a marzo; cerrados los sábados y domingos de abril a septiembre. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite sfhp.org/careplus-members.

G. Su equipo de atención y plan de atención

G1. Equipo de atención

Un equipo de atención puede ayudarle a seguir recibiendo la atención que necesita. Un equipo de atención puede incluir a su médico, un administrador de atención, sus especialistas u otro profesional de la salud que usted elija.

Un administrador de atención es una persona capacitada para ayudarlo a administrar la atención que necesita. Obtiene un administrador de atención cuando se inscribe en nuestro plan. Esta persona también lo deriva a otros recursos comunitarios que nuestro plan puede no proporcionar y trabajará con su equipo de atención para ayudar a coordinar su atención. Llámenos a los números que se encuentran en la parte inferior de la página para obtener más información sobre su administrador de atención y su equipo de atención.

G2. Plan de atención

Su equipo de atención trabaja con usted para elaborar un plan de atención. Un plan de atención le dice a usted y a sus médicos qué servicios necesita y cómo obtenerlos. Incluye sus servicios médicos, de salud conductual y LTSS u otros.

Su plan de atención incluye:

- un plan de atención escrito desarrollado solo para usted, basado en una revisión completa de sus necesidades sociales y de salud. Describe los servicios que recibirá para ayudarlo a alcanzar y mantener su mejor bienestar físico, mental y social posible,
- sus objetivos de atención médica, **y**
- un cronograma para obtener los servicios que necesita.

Su equipo de atención se reúne con usted después de su HRA. Le preguntan sobre los servicios que necesita. También le informan sobre servicios que podría considerar recibir. Su plan de atención se crea en función de sus necesidades y objetivos. Su equipo de atención trabaja con usted para actualizar su plan de atención al menos una vez al año.

H. Resumen de costos importantes

Sus costos pueden incluir lo siguiente:

- Prima del plan (**Sección H1**)



Si tiene preguntas, llame a SFHP Care Plus al 1(833) 530-7327 (TTY: 711). Estamos disponibles de 8:00am a 8:00pm, los siete días de la semana de octubre a marzo; cerrados los sábados y domingos de abril a septiembre. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite sfhp.org/careplus-members.

- Prima mensual de Medicare Part B (**Sección H2**)
- Prima del Beneficio complementario opcional (**Sección H3**)

En algunas situaciones, su prima del plan podría ser menor.

H1. Prima del plan

Nuestro plan no tiene prima.

H2. Prima mensual de Medicare Part B

Muchos miembros deben pagar otras primas de Medicare

Algunos miembros deben pagar otras primas de Medicare. Como se explicó en la **Sección E** anterior, para ser elegible para nuestro plan, debe mantener su elegibilidad para Medi-Cal, así como tener Medicare Part A y Medicare Part B. Para la mayoría de los miembros de SFHP Care Plus, Medi-Cal paga su prima de Medicare Part A (si no califica para ella automáticamente) y la prima de la Part B.

Si Medi-Cal no paga sus primas de Medicare por usted, debe continuar pagando sus primas de Medicare para seguir siendo miembro de nuestro plan. Esto incluye su prima para Medicare Part B. También puede pagar una prima por Medicare Part A si no es elegible para Medicare Part A sin prima. **Además, comuníquese con Servicio al Cliente de SFHP Care Plus o con su administrador de atención e infórmeles sobre este cambio.**

H3. Prima del Beneficio complementario opcional

Este plan no tiene beneficios complementarios opcionales.

I. Este *Manual del miembro*

Este *Manual del miembro* es parte de nuestro contrato con usted. Esto significa que debemos seguir todas las reglas de este documento. Si usted cree que hemos hecho algo que va en contra de estas reglas, es posible que pueda apelar nuestra decisión. Para obtener información sobre apelaciones, consulte el **Capítulo 9** de este *Manual del miembro* o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

También puede solicitar un *Manual del miembro* llamando a Servicio al Cliente de SFHP Care Plus a los números que figuran al final de esta página. También puede consultar el *Manual del miembro* que se encuentra en nuestro sitio web, en sfhp.org/careplus-members.



Si tiene preguntas, llame a SFHP Care Plus al 1(833) 530-7327 (TTY: 711). Estamos disponibles de 8:00am a 8:00pm, los siete días de la semana de octubre a marzo; cerrados los sábados y domingos de abril a septiembre. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite sfhp.org/careplus-members.

El contrato está vigente para los meses en que esté inscrito en nuestro plan entre el 1 de enero de 2027 y el 31 de diciembre de 2027.

J. Otra información importante que obtiene de nosotros

Otra información importante que le proporcionamos incluye su tarjeta de identificación (ID) de miembro, información sobre cómo acceder a un *Directorio de proveedores y farmacias* e información sobre cómo acceder a una *Lista de medicamentos cubiertos*, también conocida como *Lista de medicamentos* o *Formulario*.

J1. Su tarjeta de ID de miembro

Bajo nuestro plan, tiene una tarjeta para sus servicios de Medicare y Medi-Cal, incluidos los servicios y apoyos a largo plazo (LTSS), ciertos servicios de salud conductual y recetas. Usted muestra esta tarjeta cuando recibe cualquier servicio o receta. Aquí hay un ejemplo de tarjeta de ID de miembro:



Si su tarjeta de ID de miembro se rompe, se pierde o se la roban, llame a Servicio al Cliente de SFHP Care Plus al número que se encuentra en la parte inferior de la página de inmediato. Le enviaremos una nueva tarjeta.

Siempre que sea miembro de nuestro plan, no necesita usar su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare o su tarjeta de Medi-Cal para obtener la mayoría de los servicios. Guarde esas tarjetas en un lugar seguro, en caso de que las necesite más adelante. Si muestra su tarjeta de Medicare en lugar de su tarjeta de ID de miembro, el proveedor puede facturar a Medicare en lugar de a nuestro plan y usted puede recibir una factura. Es posible que le pidan que muestre su tarjeta de Medicare si necesita servicios hospitalarios, servicios de hospicio o participa en estudios de investigación clínica aprobados por Medicare (también llamados ensayos clínicos). Consulte el **Capítulo 7** de este *Manual del miembro* para averiguar qué hacer si recibe una factura de un proveedor.



Si tiene preguntas, llame a SFHP Care Plus al 1(833) 530-7327 (TTY: 711). Estamos disponibles de 8:00am a 8:00pm, los siete días de la semana de octubre a marzo; cerrados los sábados y domingos de abril a septiembre. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite sfhp.org/careplus-members.

Recuerde, necesita su tarjeta de Medi-Cal o Tarjeta de identificación de beneficios (BIC) para acceder a los siguientes servicios:

- Servicios de Medi-Cal Dental
 - Servicios de Medi-Cal Dental (a través del Programa Medi-Cal Dental) que cubre algunos servicios dentales.
 - Si tiene preguntas o desea obtener más información sobre los servicios dentales, llame al Programa Medi-Cal Dental al 1(800) 322-6384 (TTY: 1(800) 735-2922 o 711), de 8 a.m. a 5 p.m., de lunes a viernes. También puede visitar el sitio web del Programa Medi-Cal Dental en www.dental.dhcs.ca.gov.
- Servicios de salud conductual
 - Los servicios de salud mental no especializados (NSMHS) están cubiertos por SFHP Care Plus y los servicios de salud mental especializados (SMHS) están cubiertos por Mental Health San Francisco.
 - Si tiene preguntas o desea obtener más información sobre los servicios de salud conductual, llame a Servicio al Cliente de SFHP Care Plus a los números que figuran al final de esta página.
- Servicios de apoyo en el hogar
 - Si tiene preguntas o desea obtener más información sobre los servicios que lo ayudarán a vivir por su cuenta (servicios de atención médica en el hogar o servicios de asistente de cuidado personal), comuníquese con la San Francisco County Human Services Agency de Servicios de apoyo en el hogar (IHSS), al 1(415) 355-6700 (TTY 1(833) 342-5388).

J2. Directorio de proveedores y farmacias

El *Directorio de proveedores y farmacias* lista los proveedores y farmacias de la red de nuestro plan. Mientras sea miembro de nuestro plan, debe usar proveedores de la red para obtener servicios cubiertos.

Puede solicitar un *Directorio de proveedores y farmacias* (electrónico o impreso) llamando a Servicio al Cliente de SFHP Care Plus a los números que se encuentran en la parte inferior de la página. Las solicitudes de Directorios de proveedores y farmacias en papel se le enviarán por correo dentro de los tres días hábiles.



Si tiene preguntas, llame a SFHP Care Plus al 1(833) 530-7327 (TTY: 711). Estamos disponibles de 8:00am a 8:00pm, los siete días de la semana de octubre a marzo; cerrados los sábados y domingos de abril a septiembre. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite sfhp.org/careplus-members.

También puede consultar el *Directorio de proveedores y farmacias* en la dirección web que se encuentra en la parte inferior de la página.

El *Directorio de proveedores y farmacias* le brinda una lista de todas las redes de salud, PCP, especialistas, clínicas, hospitales y farmacias contratadas con SFHP Care Plus.

Definición de proveedores de la red

- Nuestros proveedores de la red incluyen:
 - médicos, enfermeros y otros profesionales de la salud que puede utilizar como miembro de nuestro plan;
 - clínicas, hospitales, centros de enfermería y otros lugares que brindan servicios de salud en nuestro plan; **y**
 - LTSS, servicios de salud conductual, agencias de salud en el hogar, proveedores de equipo médico duradero (DME) y otros que brindan bienes y servicios que usted obtiene a través de Medicare o Medi-Cal.

Los proveedores de la red aceptan el pago de nuestro plan por los servicios cubiertos como pago total.

Definición de farmacias de la red

- Las farmacias de la red son farmacias que aceptan surtir recetas para los miembros de nuestro plan. Use el *Directorio de proveedores y farmacias* para encontrar la farmacia de la red que desea usar.
- Excepto durante una emergencia, debe surtir sus recetas en una de las farmacias de nuestra red si desea que nuestro plan le ayude a pagarlas.

Llame a Servicio al Cliente de SFHP Care Plus a los números que aparecen en la parte inferior de la página para obtener más información. Tanto el Servicio al Cliente de SFHP Care Plus como nuestro sitio web pueden brindarle la información más actualizada sobre los cambios en las farmacias y proveedores de nuestra red.

J3. Lista de medicamentos cubiertos

Nuestro plan tiene una *Lista de medicamentos cubiertos*. La llamamos *Lista de medicamentos* para abreviar. Le indica qué medicamentos cubre nuestro plan. Nuestro plan, con la ayuda de médicos y farmacéuticos, selecciona los medicamentos de esta lista. La *Lista de medicamentos* debe cumplir con los requisitos de Medicare. Los



Si tiene preguntas, llame a SFHP Care Plus al 1(833) 530-7327 (TTY: 711). Estamos disponibles de 8:00am a 8:00pm, los siete días de la semana de octubre a marzo; cerrados los sábados y domingos de abril a septiembre. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite sfhp.org/careplus-members.

medicamentos con precios negociados bajo el Programa de Negociación de Precios de Medicamentos de Medicare se incluirán en su *Lista de medicamentos* a menos que hayan sido eliminados y reemplazados como se describe en el **Capítulo 5, Sección E**. Medicare aprobó la *Lista de medicamentos* de SFHP Care Plus.

La *Lista de medicamentos* también le indica si existen reglas o restricciones sobre algún medicamento, como un límite en la cantidad que puede obtener. Consulte el **Capítulo 5** del *Manual del miembro* para obtener más información.

Cada año, le enviamos información sobre cómo acceder a la *Lista de medicamentos*, pero pueden ocurrir algunos cambios durante el año. Para obtener la información más actualizada sobre qué medicamentos están cubiertos, llame a Servicio al Cliente de SFHP Care Plus o visite nuestro sitio web en la dirección que se encuentra al final de la página.

J4. La Explicación de beneficios

Cuando usa sus beneficios de medicamentos de Medicare Part D, le enviamos un resumen para ayudarlo a comprender y realizar un seguimiento de los pagos de sus medicamentos de Medicare Part D. Este resumen se llama *Explicación de beneficios* (EOB).

La EOB le indica la cantidad total que usted, u otras personas en su nombre, gastaron en sus medicamentos de Medicare Part D y la cantidad total que pagamos por cada uno de sus medicamentos de Medicare Part D durante el mes. Esta EOB no es una factura. La EOB contiene más información acerca de los medicamentos que toma. El **Capítulo 6** de este *Manual del miembro* brinda más información sobre la EOB y cómo le ayuda a realizar un seguimiento de su cobertura de medicamentos.

También puede solicitar una EOB. Para obtener una copia, comuníquese con Servicio al Cliente de SFHP Care Plus a los números que figuran en la parte inferior de esta página.

K. Mantener actualizado su registro de membresía

Puede mantener actualizado su registro de membresía informándonos cuando cambie su información.

Necesitamos esta información para asegurarnos de que tenemos su información correcta en nuestros registros. Los médicos, hospitales, farmacéuticos y otros proveedores de la red de nuestro plan usan su registro de membresía para saber qué servicios y medicamentos están cubiertos y los montos de sus costos compartidos. Debido a esto, es muy importante que nos ayude a mantener su información actualizada.



Si tiene preguntas, llame a SFHP Care Plus al 1(833) 530-7327 (TTY: 711). Estamos disponibles de 8:00am a 8:00pm, los siete días de la semana de octubre a marzo; cerrados los sábados y domingos de abril a septiembre. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite sfhp.org/careplus-members.

Infórmenos de inmediato sobre lo siguiente:

- cambios en su nombre, dirección o número de teléfono;
- cambios en cualquier otra cobertura de seguro médico, como la de su empleador, el empleador de su cónyuge o el empleador de su pareja de hecho, o compensación laboral;
- cualquier reclamo de responsabilidad, como reclamos por un accidente automovilístico;
- admisión a un centro de enfermería u hospital;
- atención de un hospital o sala de emergencias;
- cambios en su cuidador (o cualquier persona responsable de usted); **y**
- si participa en un estudio de investigación clínica. (**Nota:** No es necesario que nos informe sobre un estudio de investigación clínica en el que tenga la intención de participar, pero lo alentamos a que lo haga).

Si alguna información cambia, llame a Servicio al Cliente de SFHP Care Plus a los números que se encuentran en la parte inferior de la página.

K1. Privacidad de la información médica personal (PHI)

La información en su registro de membresía puede incluir información de salud personal (PHI). Las leyes federales y estatales requieren que mantengamos la privacidad de su PHI. Protegemos su PHI. Para obtener más detalles sobre cómo protegemos su PHI, consulte el **Capítulo 8** de este *Manual del miembro*.



Si tiene preguntas, llame a SFHP Care Plus al 1(833) 530-7327 (TTY: 711). Estamos disponibles de 8:00am a 8:00pm, los siete días de la semana de octubre a marzo; cerrados los sábados y domingos de abril a septiembre. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite sfhp.org/careplus-members.

Capítulo 2: Números de teléfono y recursos importantes

Introducción

Este capítulo le brinda información de contacto para recursos importantes que pueden ayudarle a responder sus preguntas sobre nuestro plan y sus beneficios de atención médica. También puede usar este capítulo para obtener información sobre cómo comunicarse con su administrador de atención y otras personas para que aboguen en su nombre. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo del *Manual del miembro*.



Si tiene preguntas, llame a SFHP Care Plus al 1(833) 530-7327 (TTY: 711). Estamos disponibles de 8:00am a 8:00pm, los siete días de la semana de octubre a marzo; cerrados los sábados y domingos de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite sfhp.org/careplus-members.

Índice

A. Servicio al Cliente de SFHP Care Plus	27
B. Su administrador de atención	30
C. Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP).....	32
D. Línea telefónica de asesoramiento de enfermería	33
E. Línea de crisis de salud conductual	34
F. Organización de Mejoramiento de la Calidad (QIO)	35
G. Medicare	36
H. Medi-Cal.....	38
I. Oficina del Ombudsman de Atención Administrada y Salud Mental de Medi-Cal	39
J. Servicios Sociales del Condado.....	40
K. Agencia de Servicios de Salud Conductual del Condado	41
L. California Department of Managed Health Care	42
M. Health Consumer Alliance (HCA).....	43
N. Programas para ayudar a las personas a pagar los medicamentos	43
N1. Extra Help de Medicare	43
N2. AIDS Drug Assistance Program (ADAP)	44
O. Social Security	45
P. Railroad Retirement Board (RRB).....	46
Q. Seguro grupal u otro seguro de un empleador.....	47
R. Medicare Medi-Cal Ombudsperson Program.....	47
S. Medi-Cal Dental	48



Si tiene preguntas, llame a SFHP Care Plus al 1(833) 530-7327 (TTY: 711).

Estamos disponibles de 8:00am a 8:00pm, los siete días de la semana de octubre a marzo; cerrados los sábados y domingos de abril a septiembre. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite sfhp.org/careplus-members.

A. Servicio al Cliente de SFHP Care Plus

Tipo de contacto LLAME	1(833) 530-7327. Esta llamada es gratuita. Estamos disponibles de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana de octubre a marzo; cerrados los sábados y domingos de abril a septiembre. Contamos con servicios de interpretación gratuitos para personas que no hablan inglés.
TTY	711. Esta llamada es gratuita. Estamos disponibles de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana de octubre a marzo; cerrados los sábados y domingos de abril a septiembre.
POR FAX	1(415) 547-7825
ESCRIBA	SFHP Care Plus Customer Service P.O. Box 194247 San Francisco, CA 94119
CORREO ELECTRÓNICO	memberservices@sfhp.org
SITIO WEB	sfhp.org/careplus-members

Comuníquese con Servicio al Cliente de SFHP Care Plus para obtener ayuda con:

- preguntas sobre el plan
- preguntas sobre reclamos o facturación
- decisiones de cobertura sobre su atención médica
 - Una decisión de cobertura sobre su atención médica es una decisión sobre:
 - sus beneficios y servicios cubiertos, o
 - la cantidad que pagamos por sus servicios de salud.
 - Llámenos si tiene preguntas sobre una decisión de cobertura sobre su atención médica.



Si tiene preguntas, llame a SFHP Care Plus al 1(833) 530-7327 (TTY: 711).

Estamos disponibles de 8:00am a 8:00pm, los siete días de la semana de octubre a marzo; cerrados los sábados y domingos de abril a septiembre. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite sfhp.org/careplus-members.

- Para obtener más información sobre las decisiones de cobertura, consulte el **Capítulo 9** del *Manual del miembro*.
- apelaciones sobre su atención médica
 - Una apelación es una manera formal de solicitarnos la revisión de una decisión que tomamos respecto de la cobertura y de pedirnos que la cambiemos si cree que cometimos un error o si no está de acuerdo con la decisión.
 - Para obtener más información sobre cómo presentar una apelación, consulte el **Capítulo 9** de este *Manual del miembro* o comuníquese con Servicio al Cliente de SFHP Care Plus.
- quejas sobre su atención médica
 - Puede presentar una queja sobre nosotros o cualquier proveedor (incluido un proveedor fuera de la red o de la red). Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con nuestro plan. También puede presentar una queja ante nosotros o ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO) sobre la calidad de la atención que recibió (consulte la **Sección F**).
 - Puede llamarnos y explicar su queja al 1(833) 530-7327.
 - Si su queja es sobre una decisión de cobertura sobre su atención médica, puede presentar una apelación (consulte la sección anterior).
 - Puede enviar una queja sobre nuestro plan a Medicare. Puede utilizar un formulario en línea en www.medicare.gov/my/medicare-complaint. O puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para pedir ayuda.
 - Puede presentar una queja sobre nuestro plan ante el programa Medicare Medi-Cal Ombudsperson Program llamando al 1-855-501-3077.
 - Para obtener más información sobre cómo presentar una queja sobre su atención médica, consulte el **Capítulo 9** de este *Manual del miembro*.
- decisiones de cobertura sobre sus medicamentos
 - Una decisión de cobertura sobre sus medicamentos es una decisión sobre:
 - sus beneficios y medicamentos cubiertos, o
 - la cantidad que pagamos por sus medicamentos.



Si tiene preguntas, llame a SFHP Care Plus al 1(833) 530-7327 (TTY: 711).

Estamos disponibles de 8:00am a 8:00pm, los siete días de la semana de octubre a marzo; cerrados los sábados y domingos de abril a septiembre. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite sfhp.org/careplus-members.

- Los medicamentos no cubiertos por Medicare, como algunos medicamentos de venta libre (OTC) y ciertas vitaminas, pueden estar cubiertos por Medi-Cal Rx. Visite el sitio web de Medi-Cal Rx (www.medi-calrx.dhcs.ca.gov) para obtener más información. También puede llamar al Centro de Servicio al Cliente de Medi-Cal Rx al 800-977-2273.
- Para obtener más información sobre las decisiones de cobertura de sus medicamentos, consulte el **Capítulo 9** del *Manual del miembro*.
- apelaciones sobre sus medicamentos
 - Una apelación es una forma de pedirnos que cambiemos una decisión de cobertura.
 - Para obtener más información sobre cómo hacer una apelación sobre sus medicamentos, consulte el **Capítulo 9** de este *Manual del miembro*.
- quejas sobre sus medicamentos
 - Puede presentar una queja sobre nosotros o cualquier farmacia. Esto incluye una queja sobre sus medicamentos.
 - Si su queja es sobre una decisión de cobertura sobre sus medicamentos, puede presentar una apelación. (Consulte el **Capítulo 9** de este *Manual del miembro*).
 - Puede enviar una queja sobre nuestro plan a Medicare. Puede utilizar un formulario en línea en www.medicare.gov/my/medicare-complaint. O puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para pedir ayuda.
 - Para obtener más información sobre cómo presentar una queja sobre sus medicamentos, consulte el **Capítulo 9** de este *Manual del miembro*.
- pago de atención médica o medicamentos por los que ya pagó
 - Para obtener más información sobre cómo pedirnos que le devolvamos el dinero o que paguemos una factura que recibió, consulte el **Capítulo 7** de este *Manual del miembro*.
 - Si nos pide que paguemos una factura y denegamos cualquier parte de su solicitud, puede apelar nuestra decisión. Consulte el **Capítulo 9** de este *Manual del miembro*.



Si tiene preguntas, llame a SFHP Care Plus al 1(833) 530-7327 (TTY: 711).

Estamos disponibles de 8:00am a 8:00pm, los siete días de la semana de octubre a marzo; cerrados los sábados y domingos de abril a septiembre. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite sfhp.org/careplus-members.

B. Su administrador de atención

Tipo de contacto LLAME	1(415) 615-4545. Esta llamada es gratuita. El horario de atención es el siguiente: De lunes a viernes, de 8:30 a.m. a 5 p.m. (hora del Pacífico) Contamos con servicios de interpretación gratuitos para personas que no hablan inglés.
TTY	711. Esta llamada es gratuita. El horario de atención es el siguiente: De lunes a viernes, de 8:30 a.m. a 5 p.m. (hora del Pacífico)
ESCRIBA	SFHP Care Plus Care Management P.O. Box 194247 San Francisco, CA 94119
SITIO WEB	sfhp.org/careplus-members

Comuníquese con su administrador de atención para obtener ayuda con:

- preguntas sobre su atención médica
- preguntas sobre cómo obtener servicios de salud conductual (salud mental y para trastornos por consumo de sustancias)
- preguntas sobre beneficios dentales
- preguntas sobre el transporte a las citas médicas
- preguntas sobre los servicios y apoyos a largo plazo (LTSS), incluidos los servicios comunitarios para adultos (CBAS) y los centros de enfermería (NF)

Es posible que pueda obtener estos servicios:

- Servicios comunitarios para adultos (CBAS)
- atención de enfermería especializada
- fisioterapia



Si tiene preguntas, llame a SFHP Care Plus al 1(833) 530-7327 (TTY: 711).

Estamos disponibles de 8:00am a 8:00pm, los siete días de la semana de octubre a marzo; cerrados los sábados y domingos de abril a septiembre. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite sfhp.org/careplus-members.

- terapia ocupacional
- terapia del habla
- servicios sociales médicos
- atención médica en el hogar
- Servicios de apoyo en el hogar (IHSS) a través de la agencia de servicios sociales de su condado
- a veces, puede recibir ayuda con sus necesidades diarias de atención médica y de vida
- Apoyos comunitarios



Si tiene preguntas, llame a SFHP Care Plus al 1(833) 530-7327 (TTY: 711).

Estamos disponibles de 8:00am a 8:00pm, los siete días de la semana de octubre a marzo; cerrados los sábados y domingos de abril a septiembre. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite sfhp.org/careplus-members.

C. Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP)

El State Health Insurance Assistance Program (SHIP) es un programa gubernamental con asesores capacitados en todos los estados que ofrece ayuda, información y respuestas gratuitas a sus preguntas sobre Medicare. En California, el SHIP se llama Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP). Los asesores del HICAP pueden responder sus preguntas y ayudarlo a comprender qué hacer para manejar su problema. El HICAP tiene asesores capacitados en todos los condados y los servicios son gratuitos.

El HICAP es un programa estatal independiente (no está relacionado con ninguna compañía de seguros o plan de salud) que recibe dinero del gobierno federal para brindar asesoramiento gratuito sobre seguros de salud locales a personas con Medicare.

Tipo de contacto LLAME	1(800) 434-0222 o 1(415) 677-7520 De lunes a viernes, de 9:9am a 4:30pm.
TTY	Puede llamar a HICAP San Francisco directamente al 1(800) 434-0222 o al 1(415) 677-7520 y solicitar adaptaciones de TTY o apoyo de retransmisión. Este número es para personas que tienen dificultades para oír o hablar. Debe tener un equipo telefónico especial para llamar.
ESCRIBA	HICAP San Francisco 601 Jackson Street, 2/F San Francisco, CA 94133
SITIO WEB	https://www.hicap.org/

Póngase en contacto con el HICAP para obtener ayuda con:

- preguntas sobre Medicare
- Los asesores del HICAP pueden responder sus preguntas sobre cómo cambiar a un nuevo plan y ayudarle a:
 - comprender sus derechos,
 - comprender sus opciones de plan,
 - responder preguntas sobre el cambio de plan,
 - presentar quejas sobre su atención o tratamiento médico, y



Si tiene preguntas, llame a SFHP Care Plus al 1(833) 530-7327 (TTY: 711).

Estamos disponibles de 8:00am a 8:00pm, los siete días de la semana de octubre a marzo; cerrados los sábados y domingos de abril a septiembre. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite sfhp.org/careplus-members.

- ayudar con problemas de facturación o reclamos.

D. Línea telefónica de asesoramiento de enfermería

La Línea telefónica de asesoramiento de enfermería le brinda acceso a un enfermero registrado (RN) para ayudarle con cualquier pregunta sobre sus inquietudes de salud. Puede comunicarse con la Línea de Asesoramiento de Enfermería si tiene preguntas sobre su salud o atención médica.

Tipo de contacto LLAME	1(877) 977-3397. Esta llamada es gratuita. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana Contamos con servicios de interpretación gratuitos para personas que no hablan inglés.
TTY	711. Esta llamada es gratuita. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana



Si tiene preguntas, llame a SFHP Care Plus al 1(833) 530-7327 (TTY: 711).

Estamos disponibles de 8:00am a 8:00pm, los siete días de la semana de octubre a marzo; cerrados los sábados y domingos de abril a septiembre. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite sfhp.org/careplus-members.

E. Línea de crisis de salud conductual

Una línea de crisis de salud conductual es un servicio telefónico o en línea que brinda apoyo inmediato a las personas que experimentan una crisis de salud mental o por consumo de sustancias. Estas líneas suelen estar disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y cuentan con profesionales capacitados que pueden ofrecer asesoramiento en caso de crisis, evaluar la situación y conectar a las personas con los recursos adecuados, incluidos equipos móviles de crisis o servicios de emergencia cuando sea necesario.

Si tiene una emergencia que pone en peligro su vida, marque **911**.

Si está experimentando una crisis de salud conductual, use la información de contacto a continuación:

Tipo de contacto LLAME	Línea de ayuda para suicidios y crisis: 988 Prevención del suicidio en San Francisco: 1(415) 781-0500. Esta llamada es gratuita. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Contamos con servicios de interpretación gratuitos para personas que no hablan inglés.
TTY	711. Esta llamada es gratuita. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Comuníquese con la Línea de crisis de salud conductual para obtener ayuda con:

- preguntas sobre servicios de salud conductual y por abuso de sustancias
- apoyo inmediato en caso de crisis para emergencias de salud mental o consumo de sustancias
- derivaciones a terapia ambulatoria, programas de desintoxicación o atención psiquiátrica
- orientación para seres queridos preocupados por alguien en apuros

Si tiene preguntas sobre los servicios especializados de salud mental de su condado, consulte la **Sección K**.



Si tiene preguntas, llame a SFHP Care Plus al 1(833) 530-7327 (TTY: 711).

Estamos disponibles de 8:00am a 8:00pm, los siete días de la semana de octubre a marzo; cerrados los sábados y domingos de abril a septiembre. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite sfhp.org/careplus-members.

F. Organización de Mejoramiento de la Calidad (QIO)

En nuestro estado existe una organización llamada Commence Health. Este es un grupo de médicos y otros profesionales de atención médica que ayudan a mejorar la calidad de la atención para las personas con Medicare. Commence Health es una organización independiente. No está conectada con nuestro plan.

Tipo de contacto	
LLAME	1(877) 588-1123
TTY	711. Esta llamada es gratuita.
ESCRIBA	BFCC-QIO Program Commence Health LLC PO Box 2687 Virginia Beach, VA 23454
CORREO ELECTRÓNICO	communications@commence.ai Este correo electrónico no debe usarse para compartir información médica privada.
SITIO WEB	commencehealthqio.cms.gov/en

Comuníquese con Commence Health para obtener ayuda con:

- preguntas sobre sus derechos de atención médica
- presentar una queja sobre la atención que recibió si:
 - tiene un problema con la calidad de la atención, como obtener el medicamento incorrecto, pruebas o procedimientos innecesarios o un diagnóstico erróneo,
 - cree que su estadía en el hospital está terminando demasiado pronto, o
 - cree que sus servicios de atención médica en el hogar, atención en un centro de enfermería especializada o centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF) están terminando demasiado pronto.



Si tiene preguntas, llame a SFHP Care Plus al 1(833) 530-7327 (TTY: 711).

Estamos disponibles de 8:00am a 8:00pm, los siete días de la semana de octubre a marzo; cerrados los sábados y domingos de abril a septiembre. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite sfhp.org/careplus-members.

G. Medicare

Medicare es el programa federal de seguro de salud para personas de 65 años o más, algunas personas menores de 65 años con discapacidades y personas con enfermedad renal en etapa terminal (insuficiencia renal permanente que requiere diálisis o un trasplante de riñón).

La agencia federal a cargo de Medicare son los Centers for Medicare & Medicaid Services, o CMS. Esta agencia tiene contratos con organizaciones Medicare Advantage, incluido nuestro plan.

Tipo de contacto LLAME	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) Las llamadas a este número son gratis, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
TTY	1-877-486-2048. Esta llamada es gratuita. Este número es para personas que tienen dificultades para oír o hablar. Debe tener un equipo telefónico especial para llamar.
CHAT EN VIVO	Chatee en vivo en www.Medicare.gov/talk-to-someone
ESCRIBA	Escriba a Medicare at PO Box 1270, Lawrence, KS 66044



Si tiene preguntas, llame a SFHP Care Plus al 1(833) 530-7327 (TTY: 711).

Estamos disponibles de 8:00am a 8:00pm, los siete días de la semana de octubre a marzo; cerrados los sábados y domingos de abril a septiembre. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite sfhp.org/careplus-members.

Tipo de contacto

SITIO WEBwww.medicare.gov

- Obtenga información sobre los planes de salud y medicamentos de Medicare en su área, incluyendo su costo y los servicios que brindan.
- Encuentre médicos que participen en Medicare u otros proveedores de atención médica y proveedores de suministros médicos.
- Averigüe qué cubre Medicare, incluyendo los servicios preventivos (como exámenes de detección, vacunas o vacunas, y visitas anuales de “bienestar”).
- Obtenga información y formularios de apelaciones de Medicare.
- Obtenga información sobre la calidad de la atención proporcionada por planes, hogares de ancianos, hospitales, médicos, agencias de salud en el hogar, centros de diálisis, centros de cuidados paliativos, centros de rehabilitación para pacientes hospitalizados y hospitales de atención a largo plazo.
- Busque sitios web y números de teléfono útiles.

Para presentar una queja a Medicare, vaya a www.medicare.gov/my/medicare-complaint. Medicare toma en serio sus quejas y utilizará esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa de Medicare.



Si tiene preguntas, llame a SFHP Care Plus al 1(833) 530-7327 (TTY: 711).

Estamos disponibles de 8:00am a 8:00pm, los siete días de la semana de octubre a marzo; cerrados los sábados y domingos de abril a septiembre. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite sfhp.org/careplus-members.

H. Medi-Cal

Medi-Cal es el Programa Medicaid de California. Este es un programa de seguro de salud público que brinda los servicios de atención médica necesarios para personas de bajos ingresos, incluyendo familias con niños, personas mayores, personas con discapacidades, niños y jóvenes en hogares de acogida y mujeres embarazadas. Medi-Cal está financiado por fondos del gobierno estatal y federal.

Los beneficios de Medi-Cal incluyen servicios médicos, dentales, de salud conductual, y servicios y apoyos a largo plazo.

Usted está inscrito en Medicare y en Medi-Cal. Si tiene preguntas sobre sus beneficios de Medi-Cal, llame al administrador de atención de su plan. Si tiene preguntas sobre la inscripción en el plan Medi-Cal, llame a Health Care Options.

Tipo de contacto LLAME	1-844-580-7272 De lunes a viernes, de 8 a.m. a 6 p.m.
TTY	1-800-430-7077 Este número es para personas que tienen problemas de audición o del habla. Debe tener un equipo telefónico especial para llamar.
ESCRIBA	CA Department of Health Care Services Health Care Options P.O. Box 989009 West Sacramento, CA 95798-9850
SITIO WEB	www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov/



Si tiene preguntas, llame a SFHP Care Plus al 1(833) 530-7327 (TTY: 711).

Estamos disponibles de 8:00am a 8:00pm, los siete días de la semana de octubre a marzo; cerrados los sábados y domingos de abril a septiembre. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite sfhp.org/careplus-members.

I. Oficina del Ombudsman de Atención Administrada y Salud Mental de Medi-Cal

La Oficina del Ombudsman ayuda a resolver problemas desde una posición neutral para garantizar que nuestros miembros reciban todos los servicios cubiertos médicamente necesarios. Escucharán, responderán sus preguntas, analizarán su situación, explicarán políticas y procedimientos, brindarán información, consejos y opciones, y sugerirán referencias apropiadas. Su trabajo es ayudar a desarrollar soluciones justas a los problemas de acceso a la atención médica. No están relacionados con nuestro plan, ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. Sus servicios son gratuitos.

Tipo de contacto LLAME	1-888-452-8609 De lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m.
TTY	1-800-430-7077 Este número es para personas que tienen problemas de audición o del habla. Debe tener un equipo telefónico especial para llamar.
ESCRIBA	CA Department of Health Care Services Health Care Options P.O. Box 989009 West Sacramento, CA 95798-9850
CORREO ELECTRÓNICO	MMCDOmbudsmanOffice@dhcs.ca.gov
SITIO WEB	www.dhcs.ca.gov/services/MH/Pages/mh-ombudsman.aspx



Si tiene preguntas, llame a SFHP Care Plus al 1(833) 530-7327 (TTY: 711).

Estamos disponibles de 8:00am a 8:00pm, los siete días de la semana de octubre a marzo; cerrados los sábados y domingos de abril a septiembre. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite sfhp.org/careplus-members.

J. Servicios Sociales del Condado

Si necesita ayuda con sus beneficios de Servicios de apoyo en el hogar (IHSS), comuníquese con la agencia local de Servicios Sociales del Condado. Los IHSS incluyen una amplia gama de servicios para satisfacer sus necesidades individuales y ayudarlo a vivir de manera segura en su hogar. Para recibir los beneficios de IHSS, debe cumplir con los requisitos de elegibilidad del programa para calificar para IHSS. Debe ser elegible para Medi-Cal y cumplir con ciertos criterios relacionados con la edad, la discapacidad y el impedimento funcional. Los siguientes son algunos de los servicios que pueden estar disponibles para usted:

- Limpieza del hogar y limpieza pesada, preparación de comidas, lavado de ropa, compras y mandados razonables.
- Servicios de cuidado personal, como asistencia para alimentarse, bañarse, cuidado del intestino y la vejiga, vestirse y otros servicios.
- Asistencia con el transporte para citas médicas y servicios relacionados con la salud.
- Servicios de atención paramédica.

Comuníquese con la agencia de Servicios Sociales del Condado para solicitar Servicios de apoyo en el hogar, que lo ayudarán a pagar los servicios que se le brindan para que pueda permanecer seguro en su propio hogar. Los tipos de servicios pueden incluir ayuda para la preparación de comidas, el baño, vestirse, el lavado de ropa, las compras o el transporte.

Comuníquese con la agencia de Servicios Sociales del Condado si tiene alguna pregunta sobre su elegibilidad para Medi-Cal.

Tipo de contacto LLAME	1(415) 355-6700. Esta llamada es gratuita. De lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m.
ESCRIBA	Servicios de apoyo en el hogar 1235 Mission Street San Francisco, CA 94103
SITIO WEB	sfhsa.org



Si tiene preguntas, llame a SFHP Care Plus al 1(833) 530-7327 (TTY: 711).

Estamos disponibles de 8:00am a 8:00pm, los siete días de la semana de octubre a marzo; cerrados los sábados y domingos de abril a septiembre. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite sfhp.org/careplus-members.

K. Agencia de Servicios de Salud Conductual del Condado

Los servicios de salud mental especializados y para trastornos por consumo de sustancias de Medi-Cal están disponibles para usted a través del condado si cumple con los criterios de acceso.

Tipo de contacto LLAME	1(888) 246-3333. Esta llamada es gratuita. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Contamos con servicios de interpretación gratuitos para personas que no hablan inglés.
TTY	1(888) 484-7200. Esta llamada es gratuita. Este número es para personas que tienen problemas de audición o del habla. Debe tener un equipo telefónico especial para llamar. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Comuníquese con la agencia de salud conductual del condado para obtener ayuda con:

- preguntas sobre los servicios especializados de salud mental proporcionados por el condado
- preguntas sobre los servicios para trastornos por consumo de sustancias proporcionados por el condado
- Los servicios incluyen:
 - Servicios especializados de salud mental para pacientes ambulatorios
 - Servicios de apoyo de medicamentos
 - Intervención y estabilización en crisis
 - Tratamiento diurno intensivo
 - Rehabilitación diurna
 - Servicios de tratamiento residencial de crisis o para adultos
 - Servicios de administración de caso objetivo



Si tiene preguntas, llame a SFHP Care Plus al 1(833) 530-7327 (TTY: 711).

Estamos disponibles de 8:00am a 8:00pm, los siete días de la semana de octubre a marzo; cerrados los sábados y domingos de abril a septiembre. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite sfhp.org/careplus-members.

- Servicios para trastornos por consumo de sustancias para pacientes ambulatorios para incluir servicios intensivos para pacientes ambulatorios
- Servicios de tratamiento
- Servicios residenciales perinatales
- Servicios/consejería para dejar las drogas para pacientes ambulatorios
- Servicios de tratamiento para la adicción a narcóticos y naltrexona

L. California Department of Managed Health Care

El California Department of Managed Health Care (DMHC) es responsable de regular los planes de salud. El Centro de ayuda del DMHC puede ayudarle con apelaciones y quejas sobre los servicios de Medi-Cal.

LLAME	1-888-466-2219 Los representantes del DMHC están disponibles de 8 a.m. a 6 p.m., de lunes a viernes.
TDD	1-877-688-9891 Este número es para personas que tienen problemas de audición o del habla. Debe tener un equipo telefónico especial para llamar.
ESCRIBA	Help Center California Department of Managed Health Care 980 9th Street, Suite 500 Sacramento, CA 95814-2725
POR FAX	1-916-255-5241
SITIO WEB	www.dmhca.gov



Si tiene preguntas, llame a SFHP Care Plus al 1(833) 530-7327 (TTY: 711).

Estamos disponibles de 8:00am a 8:00pm, los siete días de la semana de octubre a marzo; cerrados los sábados y domingos de abril a septiembre. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite sfhp.org/careplus-members.

M. Health Consumer Alliance (HCA)

La Health Consumer Alliance (HCA) es una asociación estatal que ofrece asistencia legal gratuita en línea, por teléfono o en persona para ayudar a los residentes de California que tienen dificultades para obtener o mantener su cobertura de salud y resolver problemas relacionados con sus planes de salud. Para obtener más información sobre HCA o para obtener asistencia posible, llame al 1-888-804-3536 o visite www.healthconsumer.org

N. Programas para ayudar a las personas a pagar los medicamentos

El sitio web de Medicare (www.medicare.gov/basics/costs/help/drug-costs) proporciona información sobre cómo reducir los costos de sus medicamentos. Para las personas con ingresos limitados, también hay otros programas para ayudar, como se describe a continuación.

N1. Extra Help de Medicare

Debido a que es elegible para Medi-Cal, califica y recibe “Extra Help” (Ayuda Adicional) de Medicare para pagar los costos de su plan de medicamentos. No necesita hacer nada para obtener esta “Extra Help”.

Tipo de contacto LLAME	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) Las llamadas a este número son gratis, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
TTY	1-877-486-2048. Esta llamada es gratuita. Este número es para personas que tienen dificultades para oír o hablar. Debe tener un equipo telefónico especial para llamar.
SITIO WEB	www.medicare.gov

Si cree que está pagando un monto incorrecto por su receta en una farmacia, nuestro plan tiene un proceso para ayudarle a obtener evidencia del monto correcto de su copago. Si ya tiene evidencia del monto correcto, podemos ayudarle a compartir esta evidencia con nosotros.

- Puede proporcionar documentos como:



Si tiene preguntas, llame a SFHP Care Plus al 1(833) 530-7327 (TTY: 711).

Estamos disponibles de 8:00am a 8:00pm, los siete días de la semana de octubre a marzo; cerrados los sábados y domingos de abril a septiembre. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite sfhp.org/careplus-members.

- Una copia de su tarjeta de Medi-Cal con una fecha de elegibilidad correspondiente a un mes posterior a junio del año calendario anterior.
 - Un documento emitido por el estado que confirme su condición de beneficiario de Medi-Cal durante un mes posterior a junio del año calendario anterior.
 - Una carta de adjudicación de Social Security que muestre la elegibilidad para el Subsidio por bajos ingresos (LIS)
 - Una copia impresa o captura de pantalla del sistema de elegibilidad de Medi-Cal
- SFHP Care Plus verificará la evidencia proporcionada utilizando los sistemas de los CMS y actualizará su costo compartido en consecuencia.
 - Cuando obtengamos la evidencia que muestre el nivel de copago correcto, actualizaremos nuestro sistema para que pueda pagar el monto de copago correcto cuando obtenga su próxima receta. Si paga de más su copago, le reembolsaremos con cheque o con un crédito de copago futuro. Si la farmacia no cobró su copago y usted les debe un monto, podemos hacer el pago directamente a la farmacia. Si el estado pagó en su nombre, podemos realizar el pago directamente al estado. Llame a Servicio al Cliente de SFHP Care Plus a los números que figuran en la parte inferior de esta página si tiene preguntas.

N2. AIDS Drug Assistance Program (ADAP)

El ADAP ayuda a las personas elegibles para ADAP que viven con HIV/AIDS a tener acceso a medicamentos contra el HIV que salvan vidas. Los medicamentos de Medicare Part D que también están en el formulario del ADAP califican para recibir ayuda para costos compartidos de medicamentos recetados a través del California AIDS Drug Assistance Program (ADAP). Nota: Para ser elegible para el ADAP en su estado, las personas deben cumplir con ciertos criterios, incluida la prueba de residencia estatal y el estado de HIV, bajos ingresos (según lo definido por el estado) y estado sin seguro o con seguro insuficiente. Si cambia de plan, notifique a su trabajador local de inscripción del ADAP para que pueda continuar recibiendo asistencia para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al 1-844-421-7050, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m. (excepto los días festivos).



Si tiene preguntas, llame a SFHP Care Plus al 1(833) 530-7327 (TTY: 711).

Estamos disponibles de 8:00am a 8:00pm, los siete días de la semana de octubre a marzo; cerrados los sábados y domingos de abril a septiembre. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite sfhp.org/careplus-members.

O. Social Security

Social Security determina la elegibilidad para Medicare y maneja la inscripción en Medicare.

Si se muda o cambia su dirección postal, es importante que se comunique con Social Security para informarles.

LLAME	1-800-772-1213 Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible de 8 a.m. a 7 p.m., de lunes a viernes. Puede utilizar sus servicios telefónicos automatizados para obtener información grabada y realizar algunos trámites las 24 horas del día.
TTY	1-800-325-0778 Este número es para personas que tienen dificultades para oír o hablar. Debe tener un equipo telefónico especial para llamar.
SITIO WEB	www.ssa.gov



Si tiene preguntas, llame a SFHP Care Plus al 1(833) 530-7327 (TTY: 711).

Estamos disponibles de 8:00am a 8:00pm, los siete días de la semana de octubre a marzo; cerrados los sábados y domingos de abril a septiembre. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite sfhp.org/careplus-members.

P. Railroad Retirement Board (RRB)

La RRB es una agencia federal independiente que administra programas integrales de beneficios para los trabajadores ferroviarios de la nación y sus familias. Si recibe Medicare a través de la RRB, infórmeles si se muda o cambia su dirección postal. Si tiene preguntas sobre sus beneficios de la RRB, comuníquese con la agencia.

LLAME	1-877-772-5772 Las llamadas a este número son gratuitas. Presione “0” para hablar con un representante de la RRB de 9 a.m. a 3:30 p.m., lunes, martes, jueves y viernes, y de 9 a.m. a 12 p.m. los miércoles. Presione “1” para acceder a la Línea de ayuda automatizada de RRB y obtener información grabada las 24 horas del día, incluyendo los fines de semana y días festivos.
TTY	1-312-751-4701 Este número es para personas que tienen dificultades para oír o hablar. Debe tener un equipo telefónico especial para llamar. Las llamadas a este número no son gratuitas.
SITIO WEB	www.rrb.gov



Si tiene preguntas, llame a SFHP Care Plus al 1(833) 530-7327 (TTY: 711).

Estamos disponibles de 8:00am a 8:00pm, los siete días de la semana de octubre a marzo; cerrados los sábados y domingos de abril a septiembre. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite sfhp.org/careplus-members.

Q. Seguro grupal u otro seguro de un empleador

Si usted (o su cónyuge o pareja de hecho) recibe beneficios de su empleador (o del empleador de su cónyuge o pareja de hecho) o de un plan grupal para jubilados como parte de este plan, llame al administrador de beneficios del empleador/sindicato o al Servicio al Cliente de SFHP Care Plus a los números que aparecen al final de la página si tiene alguna pregunta. Puede consultar sobre los beneficios de salud de su empleador o de su plan para jubilados (o los de su cónyuge o pareja de hecho), las primas o el período de inscripción. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) si tiene preguntas sobre su cobertura de Medicare conforme a este plan. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Si tiene otra cobertura de medicamentos a través de su empleador, o el de su cónyuge o pareja de hecho, o del grupo de jubilados, comuníquese con el **administrador de beneficios de dicho grupo**. El administrador de beneficios puede ayudarle a entender cómo funcionará su cobertura de medicamentos actual con nuestro plan.

R. Medicare Medi-Cal Ombudsperson Program

El Medicare Medi-Cal Ombudsperson Program ofrece asistencia GRATUITA para ayudar a las personas que tienen dificultades para obtener o mantener la cobertura de salud y resolver problemas con sus planes de salud.

Si tiene problemas con:

- Medi-Cal
- Medicare
- su plan de salud
- acceso a servicios médicos
- apelar servicios denegados, medicamentos, equipo médico duradero (DME), servicios de salud mental, etc.
- facturación médica
- IHSS (Servicios de apoyo en el hogar)

El Medicare Medi-Cal Ombudsperson Program ayuda con quejas, apelaciones y audiencias. El número de teléfono del Ombudsman Program es 1-855-501-3077.



Si tiene preguntas, llame a SFHP Care Plus al 1(833) 530-7327 (TTY: 711).

Estamos disponibles de 8:00am a 8:00pm, los siete días de la semana de octubre a marzo; cerrados los sábados y domingos de abril a septiembre. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite sfhp.org/careplus-members.

S. Medi-Cal Dental

Ciertos servicios dentales están disponibles a través de Medi-Cal Dental, incluyendo, entre otros, servicios como:

- exámenes iniciales, radiografías, limpiezas y tratamientos con flúor;
- restauraciones y coronas;
- tratamiento de conducto; y
- ajustes, reparaciones y revestimientos completos de las dentaduras postizas

Los beneficios dentales están disponibles a través de Pago por servicio (FFS) de Medi-Cal Dental.

LLAME	1-800-322-6384 La llamada es gratuita. Los representantes de Medi-Cal Dental FFS están disponibles para ayudarlo de 8 a.m. a 5 p.m., de lunes a viernes.
TTY	1-800-735-2922 Este número es para personas que tienen dificultades para oír o hablar. Debe tener un equipo telefónico especial para llamar.
SITIO WEB	www.dental.dhcs.ca.gov smilecalifornia.org

Si desea obtener más información sobre los planes dentales o desea cambiar de plan dental, comuníquese con Health Care Options al 1-844-580-7272 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-430-7077), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 6 p.m. La llamada es gratuita. Los contactos del plan de atención dental administrada también están disponibles aquí: www.dhcs.ca.gov/services/Pages/ManagedCarePlanDirectory.aspx.



Si tiene preguntas, llame a SFHP Care Plus al 1(833) 530-7327 (TTY: 711).

Estamos disponibles de 8:00am a 8:00pm, los siete días de la semana de octubre a marzo; cerrados los sábados y domingos de abril a septiembre. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite sfhp.org/careplus-members.

Capítulo 3: Usar la cobertura de nuestro plan para su atención médica y otros servicios cubiertos

Introducción

Este capítulo contiene términos y reglas específicos que debe conocer para obtener atención médica y otros servicios cubiertos con nuestro plan. También le informa sobre su administrador de atención, cómo obtener atención de diferentes tipos de proveedores y bajo ciertas circunstancias especiales (incluso de proveedores o farmacias fuera de la red), qué hacer si se le factura directamente por los servicios que cubrimos y las reglas para poseer equipo médico duradero (DME). Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo del *Manual del miembro*.



Si tiene preguntas, llame a SFHP Care Plus al 1(833) 530-7327 (TTY: 711).

Estamos disponibles de 8:00am a 8:00pm, los siete días de la semana de octubre a marzo; cerrados los sábados y domingos de abril a septiembre. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite sfhp.org/careplus-members.

Índice

A. Información sobre servicios y proveedores.....	53
B. Reglas para obtener los servicios que cubre nuestro plan	53
C. Su administrador de atención	55
C1. Qué es un administrador de atención.....	55
C2. Cómo puede comunicarse con su administrador de atención	56
C3. Cómo puede cambiar su administrador de atención	56
D. Atención de proveedores	56
D1. Atención de un proveedor de atención primaria (PCP)	56
D2. Atención de especialistas y otros proveedores de la red	58
D3. Cuando un proveedor deja nuestro plan	59
D4. Proveedores fuera de la red	60
E. Servicios y apoyos a largo plazo (LTSS)	61
F. Servicios de salud conductual (salud mental y para trastorno por consumo de sustancias).....	61
F1. Servicios de salud conductual de Medi-Cal proporcionados fuera de nuestro plan	62
G. Servicios de transporte	64
G1. Transporte médico que no es de emergencia	64
G2. Transporte no médico	65
H. Servicios cubiertos en una emergencia médica, cuando son necesarios de urgencia o durante un desastre	67
H1. Atención en una emergencia médica	67
H2. Atención necesaria de urgencia	68
H3. Atención durante un desastre.....	69



Si tiene preguntas, llame a SFHP Care Plus al 1(833) 530-7327 (TTY: 711).

Estamos disponibles de 8:00am a 8:00pm, los siete días de la semana de octubre a marzo; cerrados los sábados y domingos de abril a septiembre. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite sfhp.org/careplus-members.

I. ¿Qué sucede si se le factura directamente por los servicios cubiertos?.....	69
I1. Qué hacer si nuestro plan no cubre los servicios.....	70
J. Cobertura de los servicios de atención médica en un estudio de investigación clínica.....	70
J1. Definición de un estudio de investigación clínica	70
J2. Pago por servicios cuando participa en un estudio de investigación clínica	71
J3. Más información sobre estudios de investigación clínica	71
K. Cómo están cubiertos sus servicios de atención médica en una-institución religiosa no médica dedicada al cuidado de la salud	71
K1. Definición de institución religiosa no médica dedicada al cuidado de la salud	71
K2. Atención de una institución religiosa no médica dedicada al cuidado de la salud	72
L. Equipo médico duradero (DME).....	72
L1. Obtener DME como miembro de nuestro plan	72
L2. Propiedad del DME si se cambia a Original Medicare	73
L3. Beneficios de equipo de oxígeno como miembro de nuestro plan.....	73
L4. Equipo de oxígeno cuando se cambia a Original Medicare u otro plan Medicare Advantage (MA)	74



A. Información sobre servicios y proveedores

Los **servicios** son atención médica, servicios y apoyos a largo plazo (LTSS), suministros, servicios de salud conductual, medicamentos recetados y de venta libre, equipos y otros servicios. Los **servicios cubiertos** son cualquiera de estos servicios que paga nuestro plan. La atención médica, salud conductual y LTSS cubiertos se encuentran en el **Capítulo 4** de este *Manual del miembro*. Sus servicios cubiertos para medicamentos recetados y de venta libre se encuentran en el **Capítulo 5** de este *Manual del miembro*.

Los **proveedores** son médicos, enfermeros y otras personas que le brindan servicios y atención y están autorizados por el estado. Los proveedores también incluyen hospitales, agencias de salud en el hogar, clínicas y otros lugares que le brindan servicios de atención médica, servicios de salud conductual, equipos médicos y ciertos LTSS.

Los **proveedores de la red** son proveedores que trabajan con nuestro plan. Estos proveedores aceptan nuestro pago como pago completo. Hicimos arreglos para que estos proveedores le brinden servicios cubiertos. Los proveedores de la red nos facturan directamente por la atención que le brindan a usted. Cuando usted usa un proveedor de la red, habitualmente no paga nada por los servicios cubiertos.

B. Reglas para obtener los servicios que cubre nuestro plan

Nuestro plan cubre todos los servicios cubiertos por Medicare y la mayoría de los servicios de Medi-Cal. Esto incluye ciertos servicios de salud conductual y LTSS.

Nuestro plan generalmente pagará los servicios de atención médica, los servicios de salud conductual y muchos LTSS que obtiene cuando sigue nuestras reglas. Para estar cubierta por nuestro plan:

- La atención que recibe debe incluirse en nuestra Tabla de beneficios médicos en el **Capítulo 4** de este *Manual del miembro*.
- La atención debe ser **médicamente necesaria**. Por médicamente necesario, nos referimos a servicios que son razonables y necesarios para diagnosticar y tratar su afección médica. Se necesita la atención médicamente necesaria para evitar que las personas se enfermen gravemente o queden discapacitadas y reducen el dolor intenso mediante el tratamiento de enfermedades, dolencias o lesiones.
- Para los servicios médicos, debe tener un **proveedor de atención primaria (PCP) de la red** que brinde y supervise su atención. Como miembro del plan, debe elegir un proveedor de la red para que sea su PCP (para obtener más información, consulte la **Sección D1**).



Si tiene preguntas, llame a SFHP Care Plus al 1(833) 530-7327 (TTY: 711).

Estamos disponibles de 8:00am a 8:00pm, los siete días de la semana de octubre a marzo; cerrados los sábados y domingos de abril a septiembre. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite sfhp.org/careplus-members.

- En la mayoría de los casos, el PCP de su red debe darle su aprobación antes de que pueda usar un proveedor que no sea su PCP o usar otros proveedores de la red de nuestro plan. Esto se denomina referencia o **derivación**. Si no obtiene la aprobación, es posible que no cubramos los servicios.
- Los PCP de nuestro plan de nuestro plan están afiliados a grupos médicos. Cuando elige su PCP, también elige el grupo médico/clínica afiliado. Esto significa que su PCP lo deriva a especialistas y servicios que también están afiliados a su grupo médico. Un grupo médico es una entidad proveedora que coordina una variedad de atención primaria y especializada para los pacientes. No necesita derivaciones de su PCP para atención de emergencia o atención de urgencia, para usar un proveedor de salud de la mujer o para cualquiera de los otros servicios enumerados en la **Sección D1** de este capítulo.
- No necesita derivaciones de su PCP para atención de emergencia o atención de urgencia, para usar un proveedor de salud de la mujer o para cualquiera de los otros servicios enumerados en la **Sección D1**.
- **Debe recibir atención de proveedores de la red** (para obtener más información, consulte la **Sección D** de este capítulo). Por lo general, no cubriremos la atención de un proveedor que no trabaje con nuestro plan de salud. Esto significa que tendrá que pagar al proveedor en su totalidad por los servicios que reciba. Estos son algunos casos en los que esta regla no se aplica:
 - Cubrimos la atención de emergencia o de urgencia de un proveedor fuera de la red (para obtener más información, consulte la **Sección H**).
 - Si necesita atención que cubre nuestro plan y nuestros proveedores de la red no pueden brindarla, puede obtener atención de un proveedor fuera de la red. Esto requiere autorización previa. En esta situación, cubrimos la atención sin costo alguno para usted. Para obtener información sobre cómo obtener la aprobación para usar un proveedor fuera de la red, vaya a la **Sección D4**.
 - Si necesita servicios de diálisis renal cuando se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan por un corto período o cuando su proveedor no está disponible o no se puede acceder a él temporalmente, puede obtener atención de un proveedor fuera de la red. Si se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan y recibe diálisis de un proveedor fuera de la red del plan, cubrimos los servicios sin costo alguno para usted. Si es posible, llame al Servicio al Cliente de SFHP Care Plus a los números que se encuentran en la parte inferior de la página antes de buscar atención fuera del área de servicio para que podamos ayudarle a organizar la diálisis de mantenimiento mientras está fuera.



Si tiene preguntas, llame a SFHP Care Plus al 1(833) 530-7327 (TTY: 711).

Estamos disponibles de 8:00am a 8:00pm, los siete días de la semana de octubre a marzo; cerrados los sábados y domingos de abril a septiembre. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite sfhp.org/careplus-members.

- Si usted es un miembro nuevo en nuestro plan, puede solicitar continuar usando sus proveedores actuales. Con algunas excepciones, debemos aprobar esta solicitud si podemos establecer que tenía una relación existente con los proveedores. Consulte el **Capítulo 1** de este *Manual del miembro*. Si aprobamos su solicitud, puede continuar usando los proveedores que usa ahora hasta por 12 meses para los servicios. Durante ese tiempo, su administrador de atención se comunicará con usted para ayudarle a encontrar proveedores de nuestra red que estén afiliados al grupo médico de su PCP. Después de 12 meses, ya no cubriremos su atención si continúa utilizando proveedores que no están en nuestra red y no están afiliados al grupo médico de su PCP.

Otra cobertura de salud: Debe utilizar todas las otras coberturas de salud antes de usar Medi-Cal cuando el mismo servicio esté disponible bajo su cobertura de salud primaria, ya que Medi-Cal es el pagador de último recurso. Esto significa que, en la mayoría de los casos, Medi-Cal será el pagador secundario de Medicare, cubriendo los costos permitidos no pagados por nuestro plan u otra cobertura de salud hasta la tarifa de Medi-Cal.

Nuevos miembros de SFHP Care Plus: en la mayoría de los casos, se lo inscribirá en SFHP Care Plus para sus beneficios de Medicare el 1.^{er} día del mes después de solicitar inscribirse en SFHP Care Plus. Aún puede recibir sus servicios de Medi-Cal de su plan de salud de Medi-Cal anterior durante un mes adicional. Después de eso, recibirá sus servicios de Medi-Cal a través de SFHP Care Plus. No habrá una brecha en su cobertura de Medi-Cal. Por favor, llame a los números que figuran en la parte inferior de la página si tiene alguna pregunta.

C. Su administrador de atención

C1. Qué es un administrador de atención

Un administrador de atención es un enfermero u otra persona con licencia que lo conocerá y aprenderá sus necesidades de salud. Esta persona podría estar con su grupo médico o con SFHP. Su administrador de atención trabaja en equipo con usted, sus proveedores, cuidadores y otras personas involucradas en su atención médica.

Su administrador de atención trabaja con usted para:

- Revisar sus necesidades de atención médica
- Planificar su atención con usted y su equipo de atención
- Crear su plan de atención individualizado que se centre en sus necesidades y sus elecciones



Si tiene preguntas, llame a SFHP Care Plus al 1(833) 530-7327 (TTY: 711).

Estamos disponibles de 8:00am a 8:00pm, los siete días de la semana de octubre a marzo; cerrados los sábados y domingos de abril a septiembre. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite sfhp.org/careplus-members.

- Coordinar su atención
- Hablar con usted y sus proveedores
- Hacer un seguimiento para ver cómo le está yendo y hacer cambios si es necesario

C2. Cómo puede comunicarse con su administrador de atención

Comuníquese con el equipo de administración de atención de SFHP al 1(415) 615-4545 (TTY: 711), de lunes a viernes de 8:30 a.m. a 5 p.m. (hora del Pacífico)

C3. Cómo puede cambiar su administrador de atención

Comuníquese con Servicio al Cliente de SFHP Care Plus al 1(833) 530-7327 (TTY: 711). Estamos disponibles de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana de octubre a marzo; cerrados los sábados y domingos de abril a septiembre. La llamada es gratuita.

D. Atención de proveedores

D1. Atención de un proveedor de atención primaria (PCP)

Debe elegir un PCP para brindar y administrar su atención. Los PCP de nuestro plan están afiliados a grupos médicos. Cuando elige su PCP, también elige el grupo médico afiliado.

Definición de un PCP y lo que un PCP hace por usted

Cuando se convierte en miembro de nuestro plan, debe elegir un proveedor de la red para que sea su PCP. Su PCP coordinará los servicios cubiertos que recibe como miembro de nuestro plan.

Su PCP puede ser un internista, un médico de familia, un médico general, un enfermero practicante o un asistente médico que cumpla con los requisitos estatales y esté capacitado para brindarle atención médica básica. Recibirá su atención de rutina o básica de su PCP. Su PCP también coordinará los servicios cubiertos, le ayudará a tomar decisiones sobre su atención y a obtener autorizaciones previas (PA) cuando sea necesario.

También puede elegir un Federally Qualified Health Center (FQHC) como su PCP. Los FQHC son centros de salud que están ubicados en áreas que no tienen muchos proveedores de servicios de atención médica. Los FQHC y las clínicas de salud rural (RHC) pueden servir como PCP cuando cumplen con requisitos federales y estatales específicos, y a menudo lo hacen. De hecho, están diseñados para ser proveedores de primera línea de atención primaria integral, especialmente en áreas desatendidas.

Puede elegir a un especialista como su PCP si ese médico figura como PCP en el *Directorio de proveedores y farmacias*.



Si tiene preguntas, llame a SFHP Care Plus al 1(833) 530-7327 (TTY: 711).

Estamos disponibles de 8:00am a 8:00pm, los siete días de la semana de octubre a marzo; cerrados los sábados y domingos de abril a septiembre. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite sfhp.org/careplus-members.

Su elección de PCP

Como miembro de SFHP Care Plus, se le inscribirá en SFHP Care Plus para sus programas de Medicare y Medi-Cal. Se le pedirá que elija un PCP de SFHP Care Plus como su médico de atención primaria que coordinará sus servicios de Medicare y Medi-Cal. Puede cambiar su PCP en cualquier momento.

Puede elegir a un especialista como su PCP si ese médico figura como PCP en el *Directorio de proveedores y farmacias*.

Elija un PCP que use ahora, o alguien que haya sido recomendado por alguien en quien confíe o a cuyo consultorio sea fácil llegar. Su elección de PCP puede determinar su acceso a especialistas y hospitales. Si hay un especialista u hospital en particular que desea usar, su PCP debe estar afiliado al grupo médico que incluye el acceso a ese especialista u hospital. Si necesita ayuda para elegir un PCP, llame al Servicio al Cliente de SFHP Care Plus al 1(833) 530-7327 (TTY: 711). Estamos disponibles de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana de octubre a marzo; cerrados los sábados y domingos de abril a septiembre. La llamada es gratuita.

Opción para cambiar su PCP

Usted puede cambiar de PCP o clínica en cualquier momento y por cualquier razón. También es posible que su PCP deje la red de nuestro plan. Si su PCP abandona nuestra red, podemos ayudarle a encontrar un nuevo PCP en nuestra red.

Llame a Servicio al Cliente de SFHP Care Plus para cambiar de PCP. Si nos notifica sobre su solicitud de cambio de PCP antes del último día hábil del mes, el cambio entrará en vigencia el primer día del mes siguiente. Verificaremos que el PCP que elija esté aceptando nuevos pacientes. Modificaremos su registro de membresía para que aparezca el nombre de su nuevo PCP y también le informaremos cuándo entrará en vigor el cambio a su nuevo PCP. Le enviaremos una nueva tarjeta de membresía que muestre la información de contacto actualizada de su PCP.

Su proveedor de atención primaria (PCP) está afiliado a un grupo médico específico. Si cambia de PCP, es posible que también cambie a un grupo médico diferente. Antes de realizar un cambio, informe a Servicio al Cliente de SFHP Care Plus si actualmente consulta a un especialista o recibe algún servicio cubierto que requiera derivación o autorización de su PCP. Servicio al Cliente de SFHP Care Plus puede ayudarle a garantizar que su atención especializada y otros servicios aprobados continúen sin interrupción cuando usted cambie de PCP y de grupo médico.



Si tiene preguntas, llame a SFHP Care Plus al 1(833) 530-7327 (TTY: 711).

Estamos disponibles de 8:00am a 8:00pm, los siete días de la semana de octubre a marzo; cerrados los sábados y domingos de abril a septiembre. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite sfhp.org/careplus-members.

Servicios que puede recibir sin aprobación de su PCP

En la mayoría de los casos, necesita la aprobación de su PCP antes de recurrir a otros proveedores. Esta aprobación se denomina una **derivación**. Usted puede recibir servicios como los que se enumeran a continuación sin tener la aprobación de su PCP primero.

- Servicios de emergencia de proveedores de la red o proveedores fuera de la red
- Servicios necesarios de urgencia cubiertos que requieren atención médica inmediata (pero no una emergencia) si usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan, o si no es razonable, dado su tiempo, lugar y circunstancias, obtener este servicio de proveedores de la red. Algunos ejemplos de servicios necesarios de urgencia son enfermedades y lesiones médicas imprevistas o brotes inesperados de afecciones existentes. Las visitas de rutina al proveedor médicamente necesarias (como los chequeos anuales) no se consideran necesarias de urgencia, incluso si se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan o si nuestra red del plan no está disponible temporalmente.
- Servicios de diálisis renal que recibe en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando se encuentre fuera del área de servicio del plan. Si llama a Servicio al Cliente de SFHP Care Plus antes de abandonar el área de servicio, podemos ayudarle a recibir diálisis mientras está fuera.
- Vacunas contra la gripe y la vacuna contra el COVID-19, así como contra la hepatitis B y contra la neumonía, siempre y cuando las reciba de un proveedor de la red.
- Servicios de rutina de atención médica de la mujer y planificación familiar. Esto incluye exámenes de mamas, mamografías de detección (radiografías de la mama), exámenes de Papanicolaou y exámenes pélvicos, siempre que los reciba de un proveedor de la red.

Además, si es un miembro indígena americano, puede recibir servicios cubiertos de un proveedor de atención médica indígena de su elección, sin necesidad de derivación de un PCP de la red ni autorización previa.

D2. Atención de especialistas y otros proveedores de la red

Un especialista es un médico que presta servicios de atención médica para una enfermedad o parte del cuerpo específicas. Existen muchos tipos de especialistas, como por ejemplo:

- Oncólogos, que atienden a pacientes con cáncer.



Si tiene preguntas, llame a SFHP Care Plus al 1(833) 530-7327 (TTY: 711).

Estamos disponibles de 8:00am a 8:00pm, los siete días de la semana de octubre a marzo; cerrados los sábados y domingos de abril a septiembre. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite sfhp.org/careplus-members.

- Cardiólogos, que atienden a pacientes con problemas cardíacos.
- Ortopedistas, que atienden a pacientes con problemas óseos, articulares o musculares.

Es muy importante obtener una autorización previa de su grupo médico o al plan antes de ver a un especialista de la red o a otros proveedores específicos. Su PCP trabajará con usted y obtendrá las autorizaciones necesarias. Hay algunas excepciones, como la atención médica de rutina para mujeres. Si no tiene autorización antes de recibir servicios de un especialista u otros proveedores, es posible que deba pagar estos servicios usted mismo. Si el especialista u otro proveedor quiere que regrese para recibir más atención, verifique primero para asegurarse de que la autorización previa que obtuvo para la primera visita cubra más visitas. Si hay especialistas específicos que desea utilizar, averigüe si su PCP envía pacientes a estos especialistas. Consulte el **Capítulo 4** para obtener información sobre qué servicios requieren autorización previa.

D3. Cuando un proveedor deja nuestro plan

Un proveedor de la red que utilice puede abandonar nuestro plan. Si uno de sus proveedores abandona nuestro plan, tiene estos derechos y protecciones que se resumen a continuación:

- Incluso si nuestra red de proveedores cambia durante el año, debemos brindarle acceso ininterrumpido a proveedores calificados.
- Le notificaremos que su proveedor abandona nuestro plan para que tenga tiempo de seleccionar un nuevo proveedor.
 - Si su proveedor de atención primaria o de salud conductual abandona nuestro plan, le notificaremos si visitó a ese proveedor en los últimos tres años.
 - Si alguno de sus otros proveedores abandona nuestro plan, le notificaremos si está asignado al proveedor, si actualmente recibe atención de ellos o si lo visitó en los últimos tres meses.
- Le ayudaremos a seleccionar un nuevo proveedor cualificado dentro de la red para continuar administrando sus necesidades de atención médica.
- Si actualmente está recibiendo tratamiento médico o terapias con su proveedor actual, tiene derecho a solicitar continuar recibiendo el tratamiento o las terapias médicamente necesarias de otro proveedor en nuestra red. Trabajaremos con usted para que pueda continuar recibiendo atención.



Si tiene preguntas, llame a SFHP Care Plus al 1(833) 530-7327 (TTY: 711).

Estamos disponibles de 8:00am a 8:00pm, los siete días de la semana de octubre a marzo; cerrados los sábados y domingos de abril a septiembre. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite sfhp.org/careplus-members.

- Le daremos información sobre los períodos de inscripción disponibles y las opciones que puede tener para cambiar de plan.
- Si no podemos encontrar un especialista calificado de la red accesible para usted, debemos hacer arreglos con un especialista fuera de la red para que le brinde atención cuando un proveedor o beneficio dentro de la red no esté disponible o sea inadecuado para satisfacer sus necesidades médicas. Se requiere autorización previa.
- Si descubre que uno de sus proveedores abandona nuestro plan, comuníquese con nosotros. Podemos ayudarle a elegir un nuevo proveedor para administrar su atención.
- Si cree que no hemos reemplazado a su proveedor anterior con un proveedor cualificado o que no estamos administrando bien su atención, tiene derecho a presentar una queja sobre la calidad de la atención a la Organización de Mejoramiento de la Calidad (QIO), una queja sobre la calidad de la atención o ambas. (Consulte el **Capítulo 9** para obtener más información).

D4. Proveedores fuera de la red

Hay ciertos casos en los que puede obtener servicios de proveedores fuera de la red:

- Cubrimos la atención de emergencia o de urgencia de un proveedor fuera de la red (para obtener más información, consulte la **Sección H** de este capítulo).
- Si necesita atención que cubre nuestro plan y nuestros proveedores de la red no pueden brindarla, puede obtener atención de un proveedor fuera de la red. Esto requiere autorización previa. En esta situación, cubrimos la atención sin costo alguno para usted. Para obtener información sobre cómo obtener la aprobación para usar un proveedor fuera de la red, vaya a la **Sección D4** de este capítulo.
- Cubrimos los servicios de diálisis renal cuando está fuera del área de servicio de nuestro plan por un corto período de tiempo o cuando su proveedor no está disponible temporalmente o no está disponible. Si es posible, llame al Servicio al Cliente de SFHP Care Plus al número que se encuentra en la parte inferior de la página antes de salir del área de servicio para que podamos ayudarle a organizar la diálisis de mantenimiento mientras está fuera.



Si tiene preguntas, llame a SFHP Care Plus al 1(833) 530-7327 (TTY: 711).

Estamos disponibles de 8:00am a 8:00pm, los siete días de la semana de octubre a marzo; cerrados los sábados y domingos de abril a septiembre. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite sfhp.org/careplus-members.

Si usa un proveedor fuera de la red, el proveedor debe aceptar Medicare y/o Medi-Cal.

- No podemos pagarle a un proveedor que no sea elegible para participar en Medicare y/o Medi-Cal.
- Si usa un proveedor que no es elegible para participar en Medicare, debe pagar el costo total de los servicios que recibe.
- Los proveedores deben informarle si no son elegibles para participar en Medicare.

E. Servicios y apoyos a largo plazo (LTSS)

Los LTSS pueden ayudarle a quedarse en casa y evitar una estadía en el hospital o en un centro de enfermería especializada. Usted tiene acceso a ciertos LTSS a través de nuestro plan, incluyendo la atención en un centro de enfermería especializada, los Servicios comunitarios para adultos (CBAS) y los Apoyos comunitarios. Otro tipo de LTSS, el programa de Servicios de apoyo en el hogar, está disponible a través de la agencia de servicios sociales de su condado. Si tiene preguntas o necesita ayuda, comuníquese con los Servicios de apoyo en el hogar de la San Francisco County Human Services Agency al 1(415) 355-6700 o llame a Servicio al Cliente de SFHP Care Plus al número que se encuentra al final de la página.

F. Servicios de salud conductual (salud mental y para trastorno por consumo de sustancias)

Tiene derecho a acceder a los servicios de salud conductual médicamente necesarios que cubren Medicare y Medi-Cal. Brindamos acceso a servicios de salud conductual cubiertos por Medicare y la atención administrada de Medi-Cal.

Nuestro plan no brinda servicios especializados de salud mental de Medi-Cal o trastornos por consumo de sustancias del condado, pero estos servicios están disponibles para usted a través de San Francisco Behavioral Health Services (SFBHS). Puede comunicarse con SFBHS al 1(888) 246-3333, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Para obtener servicios de salud conductual cubiertos por el Plan, comuníquese con Carelon Behavioral Health al 1(855) 371-8117 (TTY 711).



Si tiene preguntas, llame a SFHP Care Plus al 1(833) 530-7327 (TTY: 711).

Estamos disponibles de 8:00am a 8:00pm, los siete días de la semana de octubre a marzo; cerrados los sábados y domingos de abril a septiembre. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite sfhp.org/careplus-members.

F1. Servicios de salud conductual de Medi-Cal proporcionados fuera de nuestro plan

Los servicios de salud mental especializados de Medi-Cal están disponibles para usted a través del plan de salud mental del condado (MHP) si cumple con los criterios para acceder a los servicios de salud mental especializados. Los servicios de salud mental de especialidad de Medi-Cal que SFBHS proporciona incluyen:

- servicios de salud mental
- servicios de apoyo de medicamentos
- servicios de tratamiento intensivo diurno
- rehabilitación diurna
- servicios de intervención en caso de crisis
- servicios de estabilización de crisis
- servicios de tratamiento residencial para adultos
- servicios de tratamiento residencial de crisis
- servicios del centro de salud psiquiátrica
- servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados psiquiátricos
- administración de casos objetivo
- reinserción de personas con antecedentes penales
- tratamiento comunitario asertivo (ACT)
- tratamiento comunitario asertivo forense (FACT)
- atención especializada coordinada (CSC) para el primer episodio de psicosis (FEP)
- servicios de apoyo comunitario tipo Clubhouse
- servicios mejorados de trabajadores de salud comunitarios (CHW)
- apoyo para el empleo
- servicios de apoyo entre pares



Si tiene preguntas, llame a SFHP Care Plus al 1(833) 530-7327 (TTY: 711).

Estamos disponibles de 8:00am a 8:00pm, los siete días de la semana de octubre a marzo; cerrados los sábados y domingos de abril a septiembre. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite sfhp.org/careplus-members.

- servicios móviles de intervención en crisis basados en la comunidad
- servicios terapéuticos de la conducta
- cuidado temporal terapéutico
- coordinación intensiva de la atención
- servicios intensivos en el hogar

Los servicios de Drug Medi-Cal (DMC) proporcionados por SFBHS incluyen:

- servicios de tratamiento intensivo para pacientes ambulatorios
- tratamiento perinatal residencial por trastornos por consumo de sustancias
- servicios de tratamiento ambulatorio
- programa de tratamiento de narcóticos
- medicamentos para el tratamiento de adicciones (también llamado tratamiento asistido por medicamentos)
- servicios de apoyo entre pares
- servicios móviles de intervención en crisis basados en la comunidad

Los servicios del Drug Medi-Cal Organized Delivery System (DMC-ODS) están disponibles para usted a través de SFBHS si cumple con los criterios para recibir estos servicios. Los servicios del DMC-ODS incluyen:

- servicios de tratamiento ambulatorio
- servicios de tratamiento intensivo para pacientes ambulatorios
- servicios de hospitalización parcial
- medicamentos para el tratamiento de adicciones (también llamado tratamiento asistido por medicamentos)
- servicios de tratamiento residencial
- servicios de manejo de la abstinencia
- programa de tratamiento de narcóticos
- servicios de recuperación



Si tiene preguntas, llame a SFHP Care Plus al 1(833) 530-7327 (TTY: 711).

Estamos disponibles de 8:00am a 8:00pm, los siete días de la semana de octubre a marzo; cerrados los sábados y domingos de abril a septiembre. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite sfhp.org/careplus-members.

- coordinación de la atención
- servicios de apoyo entre pares
- servicios móviles de intervención en crisis basados en la comunidad
- servicios de manejo de contingencias
- servicios de intervención temprana (para miembros menores de 21 años)
- servicios de detección, diagnóstico y tratamiento tempranos y periódicos (para miembros menores de 21 años)
- servicios de tratamiento para pacientes hospitalizados

Además de los servicios enumerados anteriormente, puede tener acceso a servicios voluntarios de desintoxicación para pacientes hospitalizados si cumple con los criterios.

Los servicios de salud mental de especialidad o servicios para trastorno por consumo de sustancias del condado que no están cubiertos por SFHP Care Plus estarán cubiertos y serán coordinados por SFBHS si cumple con los criterios. Puede comunicarse con SFBHS al 1(888) 246-3333, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Para obtener información adicional sobre la disponibilidad de servicios de salud conductual, el proceso para determinar la necesidad médica, los procedimientos de derivación entre el plan y la entidad del condado y los procesos de resolución de problemas, comuníquese con Carelon Behavioral Health al 1(855) 371-8117 (TTY 711).

G. Servicios de transporte

G1. Transporte médico que no es de emergencia

Usted tiene derecho a transporte médico de emergencia (NEMT) si tiene necesidades médicas que no le permiten usar un automóvil, autobús o taxi para ir a sus citas. Se puede proporcionar NEMT para todos los servicios cubiertos de Medi-Cal, como citas médicas, dentales, de salud mental, consumo de sustancias y de farmacia. Si necesita NEMT, puede hablar con su médico, dentista, podólogo o proveedor de salud mental o para trastorno por consumo de sustancias y solicitarlo. Su proveedor decidirá el mejor tipo de transporte para satisfacer sus necesidades. Si necesita NEMT, se lo recetarán completando un formulario y enviándolo a SFHP Care Plus para su aprobación. Dependiendo de su necesidad médica, es posible que pueda obtener la aprobación hasta por 12 meses. Su proveedor reevaluará su necesidad de NEMT según sea necesario o al vencimiento de su receta, y puede volver a aprobar el NEMT por hasta 12 meses.



Si tiene preguntas, llame a SFHP Care Plus al 1(833) 530-7327 (TTY: 711).

Estamos disponibles de 8:00am a 8:00pm, los siete días de la semana de octubre a marzo; cerrados los sábados y domingos de abril a septiembre. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite sfhp.org/careplus-members.

El NEMT es el transporte en ambulancia, camioneta con camilla, camioneta para silla de ruedas u otra forma de transporte aéreo. SFHP Care Plus permite el modo de transporte cubierto de menor costo y el NEMT más apropiado para sus necesidades médicas cuando necesite transporte a su cita. Por ejemplo, si puede ser transportado física o médicamente en una camioneta para sillas de ruedas, SFHP Care Plus no pagará una ambulancia. Tiene derecho a transporte aéreo solo si su afección médica hace que sea imposible transportarlo por cualquier medio terrestre.

El NEMT se debe usar cuando:

- Sea necesario por su condición física o médica según la autorización por escrito de un médico u otro proveedor, o no pueda, por esos mismos motivos, usar un autobús, un taxi, un automóvil o una camioneta para llegar a su cita.
- Necesite la ayuda de un conductor para salir y regresar a su casa, vehículo o lugar de tratamiento por una discapacidad física o mental.

Para solicitar el transporte médico que su médico ha recetado para las **citas de rutina no urgentes**, llame al enlace de transporte de SFHP Care Plus, al 1(415) 547-7807 al menos 5 días hábiles (de lunes a viernes) antes de su cita. Para **citas urgentes**, llame tan pronto como sea posible. Tenga a mano su tarjeta de ID de miembro cuando llame. También puede llamar si necesita más información.

Límites de transporte médico

SFHP Care Plus cubre el transporte médico de menor costo que cubra sus necesidades médicas al proveedor más cercano desde su casa, donde haya una cita disponible. No se proporcionará transporte médico si Medicare o Medi-Cal no cubren el servicio. Si el tipo de cita tiene cobertura de Medi-Cal, pero no la tiene a través del plan de salud, SFHP Care Plus le ayudará a programar el transporte. En el **Capítulo 4** de este *Manual del miembro* hay una lista de los servicios cubiertos. El transporte no está cubierto fuera de la red o el área de servicio de SFHP Care Plus, a menos que esté preautorizado.

G2. Transporte no médico

Los beneficios de transporte no médico (NMT) incluyen el transporte de ida y vuelta a sus citas para obtener un servicio autorizado por su proveedor. Puede obtener un viaje, sin costo para usted, cuando:

- Asista o regrese de una cita para un servicio autorizado por su proveedor, o
- Recoja recetas y suministros médicos.

SFHP Care Plus le permite usar un automóvil, taxi, autobús u otra forma pública/privada para llegar a su cita para recibir servicios autorizados por su proveedor.



Si tiene preguntas, llame a SFHP Care Plus al 1(833) 530-7327 (TTY: 711).

Estamos disponibles de 8:00am a 8:00pm, los siete días de la semana de octubre a marzo; cerrados los sábados y domingos de abril a septiembre. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite sfhp.org/careplus-members.

SFHP Care Plus utiliza Modivcare para organizar el NMT. Cubrimos el costo del tipo de NMT de menor costo que satisfaga sus necesidades.

Algunas veces se le puede reembolsar por viajes en un vehículo privado para el que usted haga los arreglos. SFHP Care Plus debe aprobarlo **antes** de que obtenga el transporte, y debe decirnos por qué no puede obtener un transporte de otras maneras, como el autobús. Puede informarnos esto llamándonos, enviándonos un correo electrónico o en persona. **No se le puede reembolsar por conducir usted mismo.**

El reembolso por kilometraje requiere todo lo siguiente:

- La licencia de conducir del conductor.
- El registro vehicular del conductor.
- Comprobante de seguro del automóvil del conductor.

Para solicitar un viaje para servicios que han sido autorizados, llame a SFHP Care Plus al 1(833) 530-7327 al menos 10 días calendario (de lunes a viernes) antes de su cita. Para **citas urgentes**, llame tan pronto como sea posible. Tenga a mano su tarjeta de ID de miembro cuando llame. También puede llamar si necesita más información.

Nota: Los miembros indígenas americanos pueden comunicarse con su Clínica de salud para indígenas local para solicitar transporte no médico.

Límites de transporte no médico

SFHP Care Plus proporciona el servicio de NMT de menor costo que satisface sus necesidades, desde su hogar hasta el proveedor más cercano que tenga una cita disponible. **No puede conducir usted mismo y recibir un reembolso.**

El NMT **no** se aplica si:

- Una ambulancia, una camioneta para camilla o para silla de ruedas u otra forma de transporte médico que no es de emergencia es médicamente necesaria para obtener un servicio.
- Necesita la ayuda de un conductor para salir y regresar a su casa, vehículo o lugar de tratamiento por una afección física o médica.
- Usted está en una silla de ruedas y no puede moverse dentro y fuera del vehículo sin la ayuda del conductor
- El servicio no está cubierto por Medicare o Medi-Cal.



Si tiene preguntas, llame a SFHP Care Plus al 1(833) 530-7327 (TTY: 711).

Estamos disponibles de 8:00am a 8:00pm, los siete días de la semana de octubre a marzo; cerrados los sábados y domingos de abril a septiembre. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite sfhp.org/careplus-members.

H. Servicios cubiertos en una emergencia médica, cuando son necesarios de urgencia o durante un desastre

H1. Atención en una emergencia médica

Una emergencia médica es una afección médica con síntomas como enfermedad, dolor intenso, lesiones graves o una afección médica que empeora rápidamente. La afección es tan grave que, si no recibe atención médica de inmediato, cualquier persona con un conocimiento promedio de salud y medicina podría esperar que produzca lo siguiente:

- riesgo grave para su vida o la de su hijo por nacer; ○
- daños graves a las funciones corporales; ○
- disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo; ○
- En el caso de una mujer embarazada en trabajo de parto activo, cuando:
 - No hay tiempo suficiente para trasladarla de manera segura a otro hospital antes del parto.
 - El traslado puede representar una amenaza para su salud o seguridad, o para la del bebé por nacer.

Si tiene una emergencia médica:

- **Obtenga ayuda lo más rápido posible.** Llame al 911 o use la sala de emergencias u hospital más cercanos. Llame a una ambulancia si la necesita. **No** necesita aprobación ni una derivación de su PCP. No es necesario que utilice un proveedor de red. Puede obtener atención médica de emergencia cubierta cuando la necesite, en cualquier lugar de los Estados Unidos o sus territorios o en cualquier parte del mundo, de cualquier proveedor con una licencia estatal adecuada, incluso si no es parte de nuestra red.
- **Tan pronto como sea posible, informe a SFHP sobre su emergencia.** Hacemos un seguimiento de su atención de emergencia. Usted o alguien más debe llamarnos para informarnos sobre su atención de emergencia, generalmente dentro de las 48 horas. Sin embargo, no pagará por los servicios de emergencia si se demora en informarnos. Llame a Servicio al Cliente de SFHP Care Plus a los números que figuran en la parte inferior de la página.



Si tiene preguntas, llame a SFHP Care Plus al 1(833) 530-7327 (TTY: 711).

Estamos disponibles de 8:00am a 8:00pm, los siete días de la semana de octubre a marzo; cerrados los sábados y domingos de abril a septiembre. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite sfhp.org/careplus-members.

Servicios cubiertos en una emergencia médica

Medicare no brinda cobertura para atención médica de emergencia fuera de los Estados Unidos y sus territorios.

Nuestro plan cubre los servicios de ambulancia en situaciones en las que llegar a la sala de emergencias de cualquier otra manera podría poner en peligro su salud. También cubrimos los servicios médicos durante la emergencia. Para obtener más información, consulte la Tabla de beneficios en el **Capítulo 4** de este *Manual del miembro*.

Los proveedores que le brindan atención de emergencia deciden cuándo su afección está estable y la emergencia médica ha terminado. Continuarán tratándolo y se comunicarán con nosotros para hacer planes si necesita atención de seguimiento para mejorar.

Nuestro plan cubre su atención de seguimiento. Si recibe su atención de emergencia de proveedores fuera de la red, intentaremos que los proveedores de la red se hagan cargo de su atención lo antes posible.

Recibir atención de emergencia si no era una emergencia

A veces puede ser difícil saber si tiene una emergencia médica o de salud conductual. Es posible que vaya a recibir atención de emergencia y el médico diga que en realidad no era una emergencia. Cubrimos su atención siempre que haya considerado, con fundamento, que su salud se encontraba en grave peligro.

Sin embargo, después de que el médico diga que no era una emergencia, cubrimos su atención adicional solo si:

- Usted usa un proveedor de la red, o
- La atención adicional que recibe se considera “atención necesaria de urgencia” y usted sigue las reglas para recibirla. Consulte la siguiente sección.

H2. Atención necesaria de urgencia

La atención necesaria de urgencia es la atención que recibe para una situación que no es una emergencia pero que necesita atención de inmediato. Por ejemplo, podría tener un brote de una afección preexistente o una enfermedad o lesión imprevista.

Atención necesaria de urgencia en el área de servicio de nuestro plan

Cubrimos la atención necesaria de urgencia solo si:

- Recibe esta atención de un proveedor de la red y
- Sigue las reglas descritas en este capítulo.



Si tiene preguntas, llame a SFHP Care Plus al 1(833) 530-7327 (TTY: 711).

Estamos disponibles de 8:00am a 8:00pm, los siete días de la semana de octubre a marzo; cerrados los sábados y domingos de abril a septiembre. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite sfhp.org/careplus-members.

Si no es posible o razonable conseguir un proveedor de la red, dado el momento, el lugar o las circunstancias, cubrimos la atención médica necesaria de urgencia que reciba de un proveedor fuera de la red.

Comuníquese con Servicio al Cliente de SFHP Care Plus en la parte inferior de la página o con la Línea de Asesoramiento de Enfermería al 1(877) 977-3397 (TTY: 711), para averiguar cómo acceder a los servicios de atención de urgencia.

Atención necesaria de urgencia fuera del área de servicio de nuestro plan

Cuando se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan, es posible que no pueda recibir atención de un proveedor de la red. En ese caso, nuestro plan cubre la atención necesaria de urgencia que recibe de cualquier proveedor. Sin embargo, las visitas de rutina al proveedor médicamente necesarias, como los chequeos anuales, no se consideran urgentes, incluso si se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan o si nuestra red del plan no está disponible temporalmente.

Nuestro plan cubre servicios de atención médica de emergencia y de urgencia en todo el mundo fuera de los Estados Unidos y sus territorios, cuando se encuentra de viaje y temporalmente fuera de los Estados Unidos.

H3. Atención durante un desastre

Si el gobernador de California, U.S. Secretary of Health and Human Services o el presidente de los Estados Unidos declaran un estado de desastre o emergencia en su área geográfica, aún tiene derecho a recibir atención de nuestro plan.

Visite nuestro sitio web para obtener información sobre cómo obtener la atención que necesita durante un desastre declarado: sfhp.org/careplus-members.

Durante un desastre declarado, si no puede usar un proveedor de la red, puede recibir atención de proveedores fuera de la red sin costo alguno para usted. Si no puede usar una farmacia de la red durante un desastre declarado, puede surtir sus medicamentos en una farmacia fuera de la red. Consulte el **Capítulo 5** del *Manual del miembro* para obtener más información.

I. ¿Qué sucede si se le factura directamente por los servicios cubiertos?

Si pagó por sus servicios cubiertos o si recibió una factura por servicios médicos cubiertos, consulte el **Capítulo 7** de este *Manual del miembro* para averiguar qué hacer.

No debe pagar la factura usted mismo. Si lo hace, es posible que no podamos devolverle el dinero.



Si tiene preguntas, llame a SFHP Care Plus al 1(833) 530-7327 (TTY: 711).

Estamos disponibles de 8:00am a 8:00pm, los siete días de la semana de octubre a marzo; cerrados los sábados y domingos de abril a septiembre. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite sfhp.org/careplus-members.

I1. Qué hacer si nuestro plan no cubre los servicios

Nuestro plan cubre todos los servicios:

- que se determine que son médicamente necesarios, **y**
- que se enumeran en la Tabla de beneficios de nuestro plan (consulte el **Capítulo 4** de este *Manual del miembro*), **y**
- que obtiene siguiendo las reglas del plan.

Si recibe servicios que nuestro plan no cubre, **usted paga el costo total**, a menos que esté cubierto por otro programa de Medi-Cal fuera de nuestro plan.

Si desea saber si pagamos algún servicio o atención, tiene derecho a preguntarnos. También tiene derecho a preguntarnos esto por escrito. Si decimos que no pagaremos por sus servicios, tiene derecho a apelar nuestra decisión.

El **Capítulo 9** de este *Manual del miembro* explica qué hacer si desea que cubramos un servicio médico o artículo. También le indica cómo apelar nuestra decisión de cobertura. Llame a Servicio al Cliente de SFHP Care Plus para obtener más información sobre sus derechos de apelación.

Pagamos algunos servicios hasta cierto límite. Si excede el límite, usted paga el costo total para obtener más de ese tipo de servicio. Consulte el Capítulo 4 para conocer los límites de beneficios específicos. Llame a Servicio al Cliente de SFHP Care Plus para averiguar cuáles son los límites de beneficios y cuánto de sus beneficios ha utilizado.

J. Cobertura de los servicios de atención médica en un estudio de investigación clínica

J1. Definición de un estudio de investigación clínica

Un estudio de investigación clínica (también llamado ensayo clínico) es una forma en que los médicos prueban nuevos tipos de atención médica o medicamentos. Un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare generalmente solicita voluntarios para participar en el estudio. Cuando participa en un estudio de investigación clínica, puede permanecer inscrito en nuestro plan y continuar recibiendo el resto de su atención (atención que no está relacionada con el estudio) a través de nuestro plan.

Si desea participar en cualquier estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, **no** necesita informarnos ni obtener nuestra aprobación, pero le recomendamos que nos informe a nosotros o a su proveedor de atención primaria. Los proveedores que le brindan atención como parte del estudio **no** necesitan ser proveedores de la red. Esto no se aplica a los beneficios cubiertos que requieren un ensayo clínico o registro para evaluar su eficacia, incluyendo ciertos beneficios que requieren cobertura condicionada al desarrollo de evidencia (NCDs-CED) y estudios con exención para dispositivos en investigación (IDE). Estos beneficios también pueden estar sujetos a autorización previa y otras reglas del plan.



Si tiene preguntas, llame a SFHP Care Plus al 1(833) 530-7327 (TTY: 711).

Estamos disponibles de 8:00am a 8:00pm, los siete días de la semana de octubre a marzo; cerrados los sábados y domingos de abril a septiembre. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite sfhp.org/careplus-members.

Si planea participar en un estudio de investigación clínica, cubierto para personas inscritas por Original Medicare, lo alentamos a usted o a su administrador de atención a que se comuniquen con Servicio al Cliente de SFHP Care Plus para informarnos que participará en un ensayo clínico.

J2. Pago por servicios cuando participa en un estudio de investigación clínica

Si se ofrece como voluntario para un estudio de investigación clínica que Medicare aprueba, usted no paga nada por los servicios cubiertos por el estudio. Medicare paga los servicios cubiertos por el estudio, así como los costos de rutina asociados con su atención. Una vez que se inscribe en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, está cubierto para la mayoría de los servicios y artículos que recibe como parte del estudio. Esto incluye:

- alojamiento y comida para una estadía en el hospital que Medicare pagaría incluso si no estuviera en un estudio
- una operación u otro procedimiento médico que sea parte del estudio de investigación
- tratamiento de cualquier efecto secundario y complicaciones de la nueva atención

Si forma parte de un estudio que Medicare **no** ha aprobado, usted paga los costos por participar en el estudio.

J3. Más información sobre estudios de investigación clínica

Puede obtener más información sobre cómo participar en un estudio de investigación clínica leyendo “Medicare & Clinical Research Studies” en el sitio web de Medicare (www.medicare.gov/coverage/clinical-research-studies). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

K. Cómo están cubiertos sus servicios de atención médica en una-institución religiosa no médica dedicada al cuidado de la salud

K1. Definición de institución religiosa no médica dedicada al cuidado de la salud

Una institución religiosa no médica dedicada al cuidado de la salud es un lugar donde se brinda atención de la misma manera que en un hospital o centro de enfermería especializada. Si obtener atención médica en un hospital o en un centro de enfermería especializada se contradice con sus creencias religiosas, cubrimos la atención en una institución religiosa no médica dedicada al cuidado de la salud.

Este beneficio es solo para servicios para pacientes hospitalizados (servicios no médicos para el cuidado de la salud) de Medicare Part A.



Si tiene preguntas, llame a SFHP Care Plus al 1(833) 530-7327 (TTY: 711).

Estamos disponibles de 8:00am a 8:00pm, los siete días de la semana de octubre a marzo; cerrados los sábados y domingos de abril a septiembre. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite sfhp.org/careplus-members.

K2. Atención de una institución religiosa no médica dedicada al cuidado de la salud

Para recibir atención de una institución religiosa no médica dedicada al cuidado de la salud, deberá firmar un documento legal donde exprese su rechazo a recibir un tratamiento médico que se considere “no exceptuado”.

- El tratamiento médico “no exceptuado” es cualquier atención o tratamiento que es **voluntario y no requerido** por ninguna ley federal, estatal o local.
- El tratamiento médico “exceptuado” es cualquier atención o tratamiento que **no es voluntario y que es requerido** por las leyes federales, estatales o locales.

Para estar cubierta por nuestro plan, la atención que reciba de una institución religiosa no médica dedicada al cuidado de la salud deberá cumplir con las siguientes condiciones:

- El centro que brinda la atención debe estar certificado por Medicare.
- Nuestro plan solo cubre aspectos no religiosos de la atención.
- Si recibe servicios de esta institución en un centro:
 - Debe tener una afección médica que le permita obtener servicios cubiertos para atención hospitalaria para pacientes hospitalizados o atención en un centro de enfermería especializada.
 - Debe obtener nuestra aprobación antes de ser admitido en el centro, o su estadía **no** estará cubierta.

Se pueden aplicar límites de cobertura hospitalaria para pacientes hospitalizados, consulte la Tabla de beneficios en el **Capítulo 4** para obtener más detalles.

L. Equipo médico duradero (DME)

L1. Obtener DME como miembro de nuestro plan

Medicare, el pagador principal para las personas con doble elegibilidad, limita la cobertura de DME al equipo necesario para su uso en el hogar. Medi-Cal cubre algunos DME que se necesita para su uso tanto en el hogar como en la comunidad. Como miembro de este DSNP, los miembros tienen derecho a la gama completa de cobertura de DME según los criterios de Medicare y Medi-Cal.

El DME incluye ciertos artículos médicamente necesarios ordenados por un proveedor, como sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchón eléctrico, suministros para diabéticos, camas de hospital ordenadas por un proveedor para uso en el hogar, bombas de infusión intravenosa (IV), dispositivos de generación del habla, equipo y suministros de oxígeno, nebulizadores y andadores.



Si tiene preguntas, llame a SFHP Care Plus al 1(833) 530-7327 (TTY: 711).

Estamos disponibles de 8:00am a 8:00pm, los siete días de la semana de octubre a marzo; cerrados los sábados y domingos de abril a septiembre. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite sfhp.org/careplus-members.

Posee algunos artículos de DME, como prótesis.

Otros tipos de DME que debe alquilar. Como miembro de nuestro plan, por lo general **no** será propietario de los artículos de DME alquilados, sin importar cuánto tiempo los alquile.

En algunas situaciones limitadas, le transferimos la propiedad del artículo DME. Llame al Servicio al Cliente de SFHP Care Plus al número de teléfono que se encuentra en la parte inferior de la página para obtener más información.

Incluso si tuvo DME durante hasta 12 meses seguidos con Medicare antes de unirse a nuestro plan, **no** será propietario del equipo.

L2. Propiedad del DME si se cambia a Original Medicare

En el programa Original Medicare, las personas que alquilan ciertos tipos de DME son propietarias de estos después de 13 meses. En un plan Medicare Advantage (MA), el plan puede establecer la cantidad de meses que las personas deben alquilar ciertos tipos de DME antes de ser propietarios del equipo.

Si ya no tiene Medi-Cal, tendrá que hacer 13 pagos seguidos bajo Original Medicare, o tendrá que hacer la cantidad de pagos seguidos establecidos por el plan MA, para ser propietario del artículo DME si:

- no se convirtió en el propietario del artículo DME mientras estaba en nuestro plan, **y**
- deja nuestro plan y obtiene sus beneficios de Medicare fuera de cualquier plan de salud en el programa Original Medicare o un plan MA.

Si realizó pagos por el artículo DME bajo Original Medicare o un plan MA antes de inscribirse en nuestro plan, **esos pagos a Original Medicare o el plan MA no cuentan para los pagos que debe realizar después de dejar nuestro plan.**

- Tendrá que realizar 13 pagos nuevos seguidos bajo Original Medicare o varios pagos nuevos seguidos establecidos por el plan MA para poseer el artículo DME.
- No hay excepciones a esto cuando regresa a Original Medicare o a un plan MA.

L3. Beneficios de equipo de oxígeno como miembro de nuestro plan

Si califica para un equipo de oxígeno cubierto por Medicare, cubrimos:

- alquiler de equipos de oxígeno
- suministro de oxígeno y contenido de oxígeno
- tubos y accesorios relacionados para el suministro de oxígeno y contenido de oxígeno
- mantenimiento y reparación de equipos de oxígeno



Si tiene preguntas, llame a SFHP Care Plus al 1(833) 530-7327 (TTY: 711).

Estamos disponibles de 8:00am a 8:00pm, los siete días de la semana de octubre a marzo; cerrados los sábados y domingos de abril a septiembre. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite sfhp.org/careplus-members.

El equipo de oxígeno debe devolverse cuando ya no sea médicamente necesario para usted o si abandona nuestro plan.

L4. Equipo de oxígeno cuando se cambia a Original Medicare u otro plan Medicare Advantage (MA)

Cuando el equipo de oxígeno es médicamente necesario y **usted deja nuestro plan y se cambia a Original Medicare**, lo alquila a un proveedor por 36 meses. Sus pagos mensuales de alquiler cubren el equipo de oxígeno y los suministros y servicios enumerados anteriormente. Medicare y Medi-Cal cubren estos pagos si todavía está inscrito en Medicare y Medi-Cal.

Si el equipo de oxígeno es médicamente necesario **después de alquilarlo durante 36 meses**, su proveedor debe proporcionar:

- equipos, suministros y servicios de oxígeno por otros 24 meses
- equipos y suministros de oxígeno hasta por cinco años si es médicamente necesario

Si el equipo de oxígeno sigue siendo médicamente necesario **al final del período de cinco años**:

- Su proveedor ya no tiene que proporcionarlo, y usted puede optar por obtener equipos de reemplazo de cualquier proveedor.
- Comienza un nuevo período de cinco años.
- Usted le alquila a un proveedor por 36 meses.
- Luego, su proveedor proporciona el equipo, los suministros y los servicios de oxígeno durante otros 24 meses.
- Un nuevo ciclo comienza cada cinco años siempre que el equipo de oxígeno sea médicamente necesario.

Cuando el equipo de oxígeno es médicamente necesario y **usted deja nuestro plan y se cambia a otro plan MA**, el plan cubrirá al menos lo que cubre Original Medicare. Puede preguntarle a su nuevo plan MA qué equipo y suministros de oxígeno cubre y cuáles serán sus costos.



Si tiene preguntas, llame a SFHP Care Plus al 1(833) 530-7327 (TTY: 711).

Estamos disponibles de 8:00am a 8:00pm, los siete días de la semana de octubre a marzo; cerrados los sábados y domingos de abril a septiembre. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite sfhp.org/careplus-members.

Capítulo 4: Tabla de beneficios

Introducción

Este capítulo le informa sobre los servicios que cubre nuestro plan y cualquier restricción o límite en esos servicios. También le informa sobre los beneficios no cubiertos por nuestro plan. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo del *Manual del miembro*.

Nuevos miembros de SFHP Care Plus: En la mayoría de los casos, se le inscribirá en SFHP Care Plus para sus beneficios de Medicare el 1.^{er} día del mes después de solicitar inscribirse en SFHP Care Plus. Aún puede recibir sus servicios de Medi-Cal de su plan de salud de Medi-Cal anterior durante un mes adicional. Después de eso, recibirá sus servicios de Medi-Cal a través de SFHP Care Plus. No habrá una brecha en su cobertura de Medi-Cal. Llámenos al 1(833) 530-7327 (TTY: 711) si tiene alguna pregunta.



Si tiene preguntas, llame a SFHP Care Plus al 1(833) 530-7327 (TTY: 711).

Estamos disponibles de 8:00am a 8:00pm, los siete días de la semana de octubre a marzo; cerrados los sábados y domingos de abril a septiembre. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite sfhp.org/careplus-members.

Índice

A. Sus servicios cubiertos	76
B. Reglas que prohíben a los proveedores cobrarle por los servicios	76
C. Acerca de la Tabla de beneficios de nuestro plan	76
D. Tabla de beneficios de nuestro plan	80
E. Beneficios de visitante o viajero de nuestro plan	134
F. Apoyos comunitarios.....	134
G. Beneficios cubiertos fuera de nuestro plan	138
G1. California Community Transitions (CCT).....	138
G2. Medi-Cal Dental	139
F3. Servicios de apoyo en el hogar (IHSS).....	139
G4. Programas de Exención 1915(c) de Servicios basados en la comunidad y en el hogar (HCBS).....	140
G5. Servicios de salud conductual del condado proporcionados fuera de nuestro plan (servicios de salud mental y trastornos por consumo de sustancias).....	144
H. Beneficios no cubiertos por nuestro plan, Medicare o Medi-Cal	146



Si tiene preguntas, llame a SFHP Care Plus al 1(833) 530-7327 (TTY: 711).

Estamos disponibles de 8:00am a 8:00pm, los siete días de la semana de octubre a marzo; cerrados los sábados y domingos de abril a septiembre. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite sfhp.org/careplus-members.

A. Sus servicios cubiertos

Este capítulo le informa sobre los servicios que cubre nuestro plan. También puede obtener información sobre los servicios que no están cubiertos. La información sobre los beneficios de medicamentos se encuentra en el **Capítulo 5** de este *Manual del miembro*. Este capítulo también explica los límites de algunos servicios.

Debido a que recibe ayuda de Medi-Cal, no paga nada por sus servicios cubiertos siempre que siga las reglas de nuestro plan. Consulte el **Capítulo 3** de este *Manual del miembro* para obtener detalles sobre las reglas de nuestro plan.

Si necesita ayuda para comprender qué servicios están cubiertos, llame a su administrador de atención o a Servicio al Cliente de SFHP Care Plus al 1(833) 530-7327 (TTY: 711).

B. Reglas que prohíben a los proveedores cobrarle por los servicios

No permitimos que nuestros proveedores le facturen por servicios cubiertos dentro de la red. Pagamos directamente a nuestros proveedores y lo protegemos de cualquier cargo. Esto es así incluso si le pagamos al proveedor menos de lo que el proveedor cobra por un servicio.

Nunca debe recibir una factura de un proveedor por los servicios cubiertos. Si recibe una factura, consulte el **Capítulo 7** de este *Manual del miembro* o llame a Servicio al Cliente de SFHP Care Plus.

C. Acerca de la Tabla de beneficios de nuestro plan

La Tabla de beneficios le indica los servicios que cubre nuestro plan (la cobertura de medicamentos se encuentra en el **Capítulo 5**). Enumera los servicios cubiertos en orden alfabético y los explica.

Pagamos por los servicios enumerados en la Tabla de beneficios cuando se cumplen las siguientes reglas. Usted **no** paga nada por los servicios enumerados en la Tabla de beneficios, siempre que cumpla con los requisitos que se describen a continuación.

- Brindamos servicios cubiertos por Medicare y Medi-Cal de acuerdo con las reglas establecidas por Medicare y Medi-Cal.
- Los servicios, incluida la atención médica, los servicios de salud conductual y uso de sustancias, los servicios y apoyos a largo plazo, los suministros, el equipo y los medicamentos, deben ser “medicamento necesarios”. Medicamento necesario describe los servicios, suministros o medicamentos que necesita para prevenir,



Si tiene preguntas, llame a SFHP Care Plus al 1(833) 530-7327 (TTY: 711).

Estamos disponibles de 8:00am a 8:00pm, los siete días de la semana de octubre a marzo; cerrados los sábados y domingos de abril a septiembre. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite sfhp.org/careplus-members.

diagnosticar o tratar una afección médica o para mantener su estado de salud actual. Esto incluye atención que evita que ingrese a un hospital o centro de enfermería. También significa que los servicios, suministros o medicamentos cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica.

- Para los nuevos afiliados, durante los primeros 90 días es posible que no le solicitemos que obtenga la aprobación por adelantado para ningún curso activo de tratamiento, incluso si el curso del tratamiento fue para un servicio que comenzó con un proveedor fuera de la red.
- Usted recibe atención de un proveedor de la red. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con nosotros. En la mayoría de los casos, la atención que reciba de un proveedor fuera de la red no estará cubierta a menos que se trate de una emergencia o atención necesaria de urgencia, o a menos que el plan o un proveedor de la red le haya dado una derivación. Esto significa que es posible que deba pagarle al proveedor la totalidad por los servicios fuera de la red que reciba. El **Capítulo 3** de este *Manual del miembro* contiene más información sobre el uso de proveedores de la red y fuera de la red.
- Tiene un proveedor de atención primaria (PCP) o un equipo de atención que brinda y administra su atención. En la mayoría de los casos, su PCP debe darle su aprobación antes de que pueda usar un proveedor que no sea su PCP o usar otros proveedores de la red de nuestro plan. Esto se denomina referencia o derivación. El **Capítulo 3** de este *Manual del miembro* contiene más información sobre cómo obtener una derivación y cuándo **no** la necesita.
- Cubrimos algunos servicios enumerados en la Tabla de beneficios solo si su médico u otro proveedor de la red obtiene nuestra aprobación primero. Esto se conoce como autorización previa (PA). Marcamos con una nota al pie los servicios cubiertos en la Tabla de beneficios que requieren PA.
- Si el plan proporciona la aprobación de una solicitud de PA para un curso de tratamiento, la aprobación debe ser válida durante el tiempo que sea médicamente razonable y necesario para evitar interrupciones en la atención según los criterios de cobertura, su historial médico y las recomendaciones del proveedor tratante.
- Al igual que todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Original Medicare. (Para obtener más información sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte su manual *Medicare & You 2027*. Véalo en línea



Si tiene preguntas, llame a SFHP Care Plus al 1(833) 530-7327 (TTY: 711).

Estamos disponibles de 8:00am a 8:00pm, los siete días de la semana de octubre a marzo; cerrados los sábados y domingos de abril a septiembre. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite sfhp.org/careplus-members.

en www.Medicare.gov o solicite una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.)

- Si Medicare aumentara la obertura para cualquier servicio nuevo durante el 2027, Medicare o nuestro plan cubrirán dichos servicios.
- Si pierde su Medi-Cal dentro del período de tres (3) meses de elegibilidad continua, continuaremos proporcionándole todos los beneficios de Medicare Advantage cubiertos por el plan. Sin embargo, su cobertura de Medi-Cal puede terminar antes que su cobertura de Medicare con nosotros. Comuníquese con la oficina de Medi-Cal de su condado o con Health Care Options para obtener información sobre su elegibilidad para Medi-Cal. Consulte la **Sección H del Capítulo 2** para obtener la información de contacto de Medi-Cal.
- Si usted está dentro del periodo de tres (3) meses de elegibilidad continua de nuestro plan, continuaremos proporcionándole todos los beneficios cubiertos por Medicare Advantage y Medi-Cal.- Durante este tiempo, lo ayudaremos a recuperar la elegibilidad para Medi-Cal. Si recupera la elegibilidad para Medi-Cal después de que cancelemos su inscripción de la cobertura de Medicare, deberá comunicarse con nosotros para volver a inscribirse en el plan.

Información importante sobre beneficios para miembros con ciertas afecciones crónicas.

- Si tiene alguna de las afecciones crónicas que se enumeran a continuación y cumple con ciertos criterios, puede ser elegible para beneficios complementarios especiales para enfermos crónicos:
 - Trastorno crónico por consumo de alcohol y otros trastornos por consumo de sustancias (SUD)
 - Afecciones que requieren servicios de terapia continua para que las personas mantengan o conserven el funcionamiento
 - Afecciones crónicas que afectan la visión, la audición (sordera), el gusto, el tacto y el olfato
 - Afecciones con problemas funcionales
 - Afecciones asociadas con el deterioro cognitivo
 - Inmunodeficiencia y trastornos inmunosupresores



Si tiene preguntas, llame a SFHP Care Plus al 1(833) 530-7327 (TTY: 711).

Estamos disponibles de 8:00am a 8:00pm, los siete días de la semana de octubre a marzo; cerrados los sábados y domingos de abril a septiembre. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite sfhp.org/careplus-members.

- Después de un trasplante de órgano
 - Derrame cerebral
 - Trastornos neurológicos
 - Enfermedades de salud mental crónicas e incapacitantes
 - Enfermedades pulmonares crónicas
 - HIV/AIDS
 - Trastornos hematológicos graves
 - Enfermedad renal crónica (CKD)
 - Enfermedad gastrointestinal crónica
 - Sobrepeso, obesidad y síndrome metabólico
 - Diabetes mellitus
 - Demencia
 - Insuficiencia cardíaca crónica
 - Enfermedades cardiovasculares
 - Cáncer
 - Trastornos autoinmunes
- Confirmaremos su elegibilidad para beneficios adicionales en función de los reclamos presentados por su proveedor, la derivación de su administrador de atención u otros procesos. Los miembros elegibles podrán utilizar la asignación mensual de la Tarjeta Flex de SFHP Care Plus para comprar alimentos saludables/comestibles y pagar servicios públicos (agua, calefacción, teléfono celular, etc.).
 - Para obtener más detalles, consulte la fila “Ayuda con ciertas afecciones crónicas” en la Tabla de beneficios a continuación.
 - Comuníquese con nosotros para averiguar exactamente para qué beneficios puede ser elegible.

Todos los servicios preventivos son gratuitos. Esta manzana 🍏 muestra los servicios preventivos en la Tabla de beneficios.



Si tiene preguntas, llame a SFHP Care Plus al 1(833) 530-7327 (TTY: 711).

Estamos disponibles de 8:00am a 8:00pm, los siete días de la semana de octubre a marzo; cerrados los sábados y domingos de abril a septiembre. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite sfhp.org/careplus-members.

D. Tabla de beneficios de nuestro plan

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Acupuntura* Pagamos hasta dos servicios de acupuntura para pacientes ambulatorios en un mes calendario, o con más frecuencia si son médicamente necesarios. También pagamos hasta 12 visitas de acupuntura en 90 días si tiene dolor lumbar crónico, definido como: - dolor con duración de 12 semanas o más; - no específico (que no tiene una causa sistémica que se pueda identificar, por ejemplo, no está asociado con una enfermedad metastásica, inflamatoria o infecciosa); - no está asociado con cirugía; - no está asociado al embarazo. Además, pagamos ocho sesiones adicionales de acupuntura para el dolor lumbar crónico si muestra mejoría. No puede recibir más de 20 tratamientos de acupuntura para el dolor lumbar crónico cada año. Los tratamientos de acupuntura deben suspenderse si no mejora o si empeora. Requisitos de los proveedores: Los médicos pueden proporcionarle servicios de acupuntura de acuerdo con los requisitos estatales correspondientes. Los asistentes médicos (PA), los enfermeros practicantes (NP)/especialistas en enfermería clínica (CNS) y el personal auxiliar pueden proporcionar Este beneficio continúa en la página siguiente Acupuntura* (continuación) acupuntura si cumplen con todos los requisitos estatales aplicables y tienen: - un título de nivel de maestría o doctorado en acupuntura o medicina oriental de una escuela	\$0 *Es posible que se requiera autorización previa.



Si tiene preguntas, llame a SFHP Care Plus al 1(833) 530-7327 (TTY: 711).

Estamos disponibles de 8:00am a 8:00pm, los siete días de la semana de octubre a marzo; cerrados los sábados y domingos de abril a septiembre. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite sfhp.org/careplus-members.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
acreditada por la Accreditation Commission on Acupuncture and Oriental Medicine (ACAOM); y, • una licencia actual, completa, activa y sin restricciones para practicar la acupuntura en un estado, territorio o estado libre asociado (es decir, Puerto Rico) de los Estados Unidos o el Distrito de Columbia. El personal auxiliar que proporciona acupuntura debe estar bajo el nivel apropiado de supervisión de un médico, PA o NP/CNS requerido por nuestras regulaciones. Beneficios complementarios (extra): Además, nuestro plan cubre hasta 24 visitas de acupuntura cada año, proporcionadas para el tratamiento de: • evaluación y manejo de la acupuntura, • acupuntura y acupresión, • modalidades y procedimientos terapéuticos para el tratamiento de síndromes de dolor, afecciones musculoesqueléticas y náuseas que no están cubiertos por los beneficios exigidos por CMS. Los beneficios se proporcionan a través de proveedores de la red de American Specialty Health Plans of California, Inc. (ASH Plans). Para obtener más información o para localizar un proveedor participante de ASH Plans, puede llamar a Servicio al Cliente de SFHP Care Plus o visitar sfhp.org/careplus-members.	
Asignación para artículos de venta libre (OTC) Recibirá una asignación de \$100 por mes que se precargará en su Tarjeta Flex de SFHP Care Plus todos los meses. Los fondos se pueden usar para comprar ciertos artículos de salud y bienestar de venta libre, como medicamentos para la tos y el resfriado, vitaminas, analgésicos y vendajes. Puede usar su Tarjeta Flex de SFHP Care Plus para comprar artículos elegibles enumerados en nuestro catálogo de venta libre, que se le enviará por correo. También se puede usar para comprar artículos de salud y bienestar OTC en tiendas	\$0



Si tiene preguntas, llame a SFHP Care Plus al 1(833) 530-7327 (TTY: 711).

Estamos disponibles de 8:00am a 8:00pm, los siete días de la semana de octubre a marzo; cerrados los sábados y domingos de abril a septiembre. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite sfhp.org/careplus-members.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
minoristas seleccionadas. Cualquier parte no utilizada de la asignación mensual no se transfiere al mes siguiente. Si califica para el Programa de Beneficios complementarios especiales para enfermos crónicos (SSBCI), puede usar esta asignación mensual para comprar los siguientes artículos de ciertos proveedores: • Alimentos y comestibles saludables: frutas frescas, vegetales, comidas congeladas, carne, mariscos, batidos nutricionales, agua, lácteos y granos • Facturas de servicios públicos: electricidad, calefacción, cable, satélite, servicios de telecomunicaciones, redes informáticas/servicios de información y agua	
Atención de agencia de salud en el hogar* Antes de que pueda obtener servicios de salud en el hogar, un médico debe decirnos que los necesita y deben ser proporcionados por una agencia de salud en el hogar. Debe estar confinado en casa, lo que significa que salir de casa es un gran esfuerzo. Pagamos por los siguientes servicios, y tal vez por otros servicios que no se enumeran aquí: • servicios de enfermería especializada y asistente de salud en el hogar a tiempo parcial o intermitentes (para estar cubiertos por el beneficio de atención médica en el hogar, sus servicios combinados de enfermería especializada y asistente de salud en el hogar deben sumar menos de ocho horas por día y 35 horas por semana). • fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla • servicios sociales médicos • equipo médico y suministros	\$0 *Es posible que se requiera autorización previa.
Atención de emergencia Atención de emergencia significa servicios que son:	\$0 Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita atención



Si tiene preguntas, llame a SFHP Care Plus al 1(833) 530-7327 (TTY: 711).

Estamos disponibles de 8:00am a 8:00pm, los siete días de la semana de octubre a marzo; cerrados los sábados y domingos de abril a septiembre. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite sfhp.org/careplus-members.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
• brindados por un proveedor capacitado para proporcionar servicios de emergencia, • necesarios para evaluar o tratar una emergencia médica. Una emergencia médica es una enfermedad, lesión, dolor intenso o afección médica que empeora rápidamente. La afección es tan grave que, si no se atiende de inmediato, cualquiera con un conocimiento promedio de la salud y la medicina podría esperar que causara: • riesgo grave para su salud o la de su hijo por nacer; ○ • daño grave a las funciones corporales; ○ • disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo; ○ Atención de emergencia (continuación) • pérdida de una extremidad o pérdida de la función de una extremidad. • En el caso de una mujer embarazada en trabajo de parto activo, cuando: ○ No hay tiempo suficiente para trasladarla de manera segura a otro hospital antes del parto. ○ El traslado puede representar una amenaza para su salud o seguridad, o para la del bebé por nacer. Este plan cubre la atención de emergencia dentro de los Estados Unidos y sus territorios, según sea necesario, y también incluye un beneficio complementario (adicional) que proporciona cobertura de emergencia/urgencia en todo el mundo mientras se encuentra fuera del área de servicio por 6 meses o menos. Los beneficios cubiertos están limitados a \$50,000 por año. Debe presentar un formulario de solicitud de reembolso con lo siguiente: 1) comprobante de pago (un recibo); 2) el nombre del médico/hospital y la fecha en que recibió la atención; y 3) registros médicos u otra documentación que describa los servicios recibidos. Consulte el Capítulo 2, Sección A, para obtener información sobre cómo presentar un formulario de reembolso al plan.	hospitalaria después de que se estabilice su emergencia, debe cambiarse a un hospital de la red para que su atención continúe siendo pagada. Puede permanecer en el hospital fuera de la red para su atención hospitalaria solo si nuestro plan aprueba su estadía.



Si tiene preguntas, llame a SFHP Care Plus al 1(833) 530-7327 (TTY: 711).

Estamos disponibles de 8:00am a 8:00pm, los siete días de la semana de octubre a marzo; cerrados los sábados y domingos de abril a septiembre. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite sfhp.org/careplus-members.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
 Atención de la vista Pagamos por los siguientes servicios: • un examen ocular de rutina cada año, y • hasta \$100 por año para anteojos (armazones y lentes) o hasta \$100 por lentes de contacto cada dos años Atención de la vista (continuación) Pagamos los servicios médicos ambulatorios para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones oculares. Por ejemplo, tratamiento para la degeneración macular relacionada con la edad. Para las personas con alto riesgo de glaucoma, pagamos una prueba de detección de glaucoma cada año. Las personas con alto riesgo de glaucoma incluyen: • personas con antecedentes familiares de glaucoma • personas con diabetes • afroamericanos de 50 años o más • hispanoamericanos de 65 años o más Para las personas con diabetes, pagamos la detección de retinopatía diabética una vez al año. Pagamos un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas cuando el médico inserta una lente intraocular. Si tiene dos cirugías de cataratas separadas, debe obtener un par de anteojos después de cada cirugía. No puede obtener dos pares de anteojos después de la segunda cirugía, incluso si no recibió un par de anteojos después de la primera cirugía. Beneficios complementarios (extra): Además de los beneficios descritos anteriormente, pagamos por los siguientes servicios: • un examen de la vista de rutina al año; y	\$0



Si tiene preguntas, llame a SFHP Care Plus al 1(833) 530-7327 (TTY: 711).

Estamos disponibles de 8:00am a 8:00pm, los siete días de la semana de octubre a marzo; cerrados los sábados y domingos de abril a septiembre. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite sfhp.org/careplus-members.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
• hasta \$300 para anteojos (armazones y lentes) o lentes de contacto, incluidas las actualizaciones, cada año Estos servicios solo están disponibles a través de nuestra red de proveedores de VSP. Comuníquese con Servicio al Cliente de SFHP Care Plus al 1(833) 530-7327 (TTY: 711) para obtener más información.	
Atención de salud mental para pacientes ambulatorios Pagamos por los servicios de salud mental proporcionados por: • un psiquiatra o médico con licencia estatal • un psicólogo clínico • un trabajador social clínico (CSW) • un especialista en enfermería clínica (CNS) • un consejero profesional con licencia (LPC) • un terapeuta matrimonial y familiar con licencia (LMFT) • un enfermero practicante (NP) • un asistente médico (PA) • cualquier otro profesional de la salud mental calificado por Medicare según lo permitan las leyes estatales aplicables Pagamos por los siguientes servicios, y tal vez por otros servicios que no se enumeran aquí: • servicios clínicos • tratamiento diurno • servicios de rehabilitación psicosocial • hospitalización parcial o programas ambulatorios intensivos Este beneficio continúa en la página siguiente	\$0



Si tiene preguntas, llame a SFHP Care Plus al 1(833) 530-7327 (TTY: 711).

Estamos disponibles de 8:00am a 8:00pm, los siete días de la semana de octubre a marzo; cerrados los sábados y domingos de abril a septiembre. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite sfhp.org/careplus-members.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Atención de salud mental para pacientes ambulatorios (continuación) • evaluación y tratamiento de salud mental individual y grupal • pruebas psicológicas cuando esté indicado clínicamente para evaluar un resultado de salud mental • servicios para pacientes ambulatorios con el propósito de controlar la terapia de medicamentos • pruebas de laboratorio, medicamentos, suministros y suplementos para pacientes ambulatorios • consulta psiquiátrica	
Atención en centro de enfermería especializada (SNF)* Para obtener una definición de atención en un centro de enfermería especializada, vaya al Capítulo 12. Pagamos por los siguientes servicios, y tal vez por otros servicios que no se enumeran aquí: • una habitación semiprivada, o una habitación privada si es médicamente necesario • alimentos, incluidas dietas especiales • servicios de enfermería especializada • fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla • medicamentos que recibe como parte de su plan de atención, incluidas sustancias que se encuentran naturalmente en el cuerpo, como factores de coagulación de la sangre • sangre, incluyendo el almacenamiento y la administración Atención en centro de enfermería especializada (SNF)* • suministros médicos y quirúrgicos administrados por el SNF • pruebas de laboratorio administradas por el SNF	\$0 *Es posible que se requiera autorización previa.



Si tiene preguntas, llame a SFHP Care Plus al 1(833) 530-7327 (TTY: 711).

Estamos disponibles de 8:00am a 8:00pm, los siete días de la semana de octubre a marzo; cerrados los sábados y domingos de abril a septiembre. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite sfhp.org/careplus-members.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
• radiografías y otros servicios de radiología prestados por centros de enfermería • aparatos, como sillas de ruedas, generalmente proporcionados por centros de enfermería • servicios de médicos/proveedores Por lo general, recibe atención de SNF en centros de la red. Bajo ciertas condiciones, es posible que pueda recibir atención de un centro que no esté en nuestra red. Puede obtener atención en los siguientes lugares si aceptan los montos de pago de nuestro plan: • un centro de enfermería o comunidad de jubilados de atención continua donde vivía antes de ir al hospital (siempre que brinde atención en un centro de enfermería) • un centro de enfermería donde vive su cónyuge o pareja de hecho en el momento en que sale del hospital	
Atención en centros de cuidados paliativos Tiene derecho a elegir un centro de cuidados paliativos (hospicio) si su proveedor y el director médico del centro de cuidados paliativos determinan que tiene un pronóstico terminal. Esto significa que tiene una enfermedad terminal y se espera que tenga seis meses o menos de vida. Puede recibir atención de cualquier programa de hospicio certificado por Medicare. Atención en centros de cuidados paliativos Nuestro plan debe ayudarlo a encontrar programas de hospicio certificados por Medicare en el área de servicio del plan, incluidos los programas que poseemos, controlamos o en los que tenemos un interés financiero. Su médico del centro de cuidados paliativos puede ser un proveedor de la red o un proveedor fuera de la red. Los servicios cubiertos incluyen: • medicamentos para tratar los síntomas y el dolor • cuidado de relevo a corto plazo	\$0



Si tiene preguntas, llame a SFHP Care Plus al 1(833) 530-7327 (TTY: 711).

Estamos disponibles de 8:00am a 8:00pm, los siete días de la semana de octubre a marzo; cerrados los sábados y domingos de abril a septiembre. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite sfhp.org/careplus-members.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
• atención en el hogar Cuando ingrese a un centro de cuidados paliativos, tendrá derecho a permanecer en nuestro plan. Para los servicios del centro de cuidados paliativos y los servicios cubiertos por Medicare Part A o Medicare Part B que se relacionan con su pronóstico terminal se facturan a Medicare: • Original Medicare (en lugar de nuestro plan) pagará a su proveedor del centro de cuidados paliativos por sus servicios de hospicio y cualquier servicio de la Part A o Part B relacionado con su enfermedad terminal. Mientras esté en el programa de hospicio, su proveedor de cuidados paliativos facturará a Original Medicare por los servicios que paga Original Medicare. Atención en centros de cuidados paliativos Para los servicios cubiertos por nuestro plan pero no cubiertos por Medicare Part A o Medicare Part B: • Nuestro plan cubre servicios no cubiertos por Medicare Part A o Medicare Part B. Cubrimos los servicios, estén o no relacionados con su pronóstico terminal. Usted no paga nada por estos servicios. Para medicamentos que pueden estar cubiertos por el beneficio de Medicare Part D de nuestro plan: • Los medicamentos nunca están cubiertos por el centro de cuidados paliativos y nuestro plan al mismo tiempo. Para obtener más información, consulte el Capítulo 5 del <i>Manual del miembro</i>. Nota: Si tiene una enfermedad grave, podría ser elegible para cuidados paliativos, que brindan atención centrada en el paciente y la familia en equipo para mejorar su calidad de vida. Puede recibir cuidados paliativos al mismo tiempo que cuidados curativos/regulares. Consulte la sección Cuidados paliativos a continuación para obtener más información. Nota: Si necesita cuidados que no sean de un centro de cuidados paliativos, llame a su administrador de atención y/o Servicio al Cliente de SFHP Care Plus para coordinar los servicios. Los cuidados que no son de un centro de	



Si tiene preguntas, llame a SFHP Care Plus al 1(833) 530-7327 (TTY: 711).

Estamos disponibles de 8:00am a 8:00pm, los siete días de la semana de octubre a marzo; cerrados los sábados y domingos de abril a septiembre. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite sfhp.org/careplus-members.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
cuidados paliativos son cuidados que no están relacionados con su pronóstico terminal.	
Atención en un centro de enfermería* Un centro de enfermería (NF) es un lugar que brinda atención a personas que no pueden recibir atención en el hogar pero que no necesitan estar en un hospital. Los servicios por los que pagamos incluyen, entre otros, los siguientes: • habitación semiprivada (o una habitación privada si se considera médicamente necesario) • alimentos, incluidas dietas especiales • servicios de enfermería • fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla • terapia respiratoria • medicamentos que se le administran como parte de su plan de atención. (Esto incluye sustancias que están presentes naturalmente en el cuerpo, como factores de coagulación de la sangre). • sangre, incluyendo el almacenamiento y la administración • suministros médicos y quirúrgicos generalmente proporcionados por centros de enfermería • pruebas de laboratorio generalmente realizadas por centros de enfermería • radiografías y otros servicios de radiología generalmente administrados por centros de enfermería Este beneficio continúa en la página siguiente	\$0 *Es posible que se requiera autorización previa.



Si tiene preguntas, llame a SFHP Care Plus al 1(833) 530-7327 (TTY: 711).

Estamos disponibles de 8:00am a 8:00pm, los siete días de la semana de octubre a marzo; cerrados los sábados y domingos de abril a septiembre. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite sfhp.org/careplus-members.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Atención en un centro de enfermería* (continuación) • uso de aparatos, como sillas de ruedas que suelen dar los centros de enfermería servicios de médicos/profesionales • equipo médico duradero • servicios dentales, incluidas dentaduras postizas • beneficios para la vista • exámenes auditivos • atención quiropráctica • servicios de podología Por lo general, recibe su atención de los centros de la red. Sin embargo, es posible que pueda recibir atención de un centro que no esté en nuestra red. Puede obtener atención en los siguientes lugares si aceptan los montos de pago de nuestro plan: • un centro de enfermería o una comunidad de jubilados de atención continua donde vivía justo antes de ir al hospital (siempre que brinde atención en un centro de enfermería). • un centro de enfermería donde vive su cónyuge o pareja de hecho en el momento en que sale del hospital.	
Atención hospitalaria para pacientes hospitalizados* Pagamos los siguientes servicios y otros servicios médicamente necesarios que no se enumeran aquí: Atención hospitalaria para pacientes hospitalizados* • habitación semiprivada o una habitación privada, si se considera médicamente necesario • alimentos, incluidas dietas especiales • servicios habituales de enfermería	\$0 Debe obtener la aprobación de nuestro plan para recibir atención hospitalaria en un hospital fuera de la red después de que se establezca su emergencia.



Si tiene preguntas, llame a SFHP Care Plus al 1(833) 530-7327 (TTY: 711).

Estamos disponibles de 8:00am a 8:00pm, los siete días de la semana de octubre a marzo; cerrados los sábados y domingos de abril a septiembre. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite sfhp.org/careplus-members.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
• costos de unidades de cuidados especiales, como unidades de cuidados intensivos o cuidados coronarios • fármacos y medicamentos • pruebas de laboratorio • rayos X y otros servicios de radiología • suministros quirúrgicos y médicos necesarios • dispositivos, como sillas de ruedas • servicios de quirófano y sala de recuperación • fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla • servicios por abuso de sustancias para pacientes hospitalizados • en algunos casos, los siguientes tipos de trasplantes: córnea, riñón, riñón/páncreas, corazón, hígado, pulmón, corazón/pulmón, médula ósea, células madre e intestinal/multivisceral. Si necesita un trasplante, un centro de trasplantes aprobado por Medicare revisará su caso y decidirá si es candidato para un trasplante. Los proveedores de trasplantes pueden ser locales o estar fuera del área de servicio. Atención hospitalaria para pacientes hospitalizados* Si los proveedores de trasplantes locales están dispuestos a aceptar la tarifa de Medicare, entonces puede obtener sus servicios de trasplante localmente o fuera del patrón de atención para su comunidad. Si nuestro plan brinda servicios de trasplante fuera del patrón de atención para nuestra comunidad y usted elige recibir su trasplante allí, organizamos o pagamos los costos de alojamiento y viaje para usted y otra persona. El reembolso por los costos de transporte y hospedaje se aplica a los servicios mientras usted y su acompañante viajan hacia y desde los proveedores médicos para servicios relacionados con la atención del trasplante.	*Es posible que se requiera autorización previa.



Si tiene preguntas, llame a SFHP Care Plus al 1(833) 530-7327 (TTY: 711).

Estamos disponibles de 8:00am a 8:00pm, los siete días de la semana de octubre a marzo; cerrados los sábados y domingos de abril a septiembre. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite sfhp.org/careplus-members.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
• sangre, incluyendo el almacenamiento y la administración. La cobertura de sangre entera y glóbulos rojos concentrados comienza a partir de la cuarta pinta de sangre que necesite. Debe pagar los costos de las primeras tres pintas de sangre que reciba en un año calendario o hacer que usted u otra persona done la sangre. Todos los demás componentes de la sangre están cubiertos a partir de la primera pinta. • servicios de médicos • El plan define como lugar distante cualquier lugar que se encuentre fuera del área de servicio del miembro Y a una distancia mínima de 75 millas del hogar del miembro. • El tratamiento o los servicios deben ser proporcionados por un centro de trasplantes aprobado por Medicare y deben estar relacionados con la atención del trasplante. Para cada solicitud de reembolso por gastos de viaje y alojamiento: Atención hospitalaria para pacientes hospitalizados* ○ Presente una carta del centro de trasplantes aprobado por Medicare en la que se indiquen las fechas en las que recibió servicios como paciente hospitalizado en el centro de trasplantes aprobado por Medicare y las fechas en las que recibió tratamiento como paciente ambulatorio. ○ Incluya documentación de cualquier acompañante y las fechas en las que viajó con usted mientras recibía servicios relacionados con la atención del trasplante. • Los costos de transporte y alojamiento se reembolsarán de acuerdo con las tarifas vigentes del IRS para kilometraje y alojamiento al momento en que se presten los servicios. • Los gastos de alojamiento se reembolsarán por el menor de los siguientes montos: 1) los cargos facturados, o 2) el monto máximo de alojamiento establecido de acuerdo con las pautas del IRS para ese lugar. Puede consultar los montos de reembolso	



Si tiene preguntas, llame a SFHP Care Plus al 1(833) 530-7327 (TTY: 711).

Estamos disponibles de 8:00am a 8:00pm, los siete días de la semana de octubre a marzo; cerrados los sábados y domingos de abril a septiembre. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite sfhp.org/careplus-members.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
vigentes en el sitio web de la US General Services Administration, www.gsa.gov. Todas las solicitudes de reembolso deben presentarse dentro de un plazo de un año (12 meses) a partir de la fecha en que se incurrió en el gasto. Puede solicitar los formularios de reembolso de gastos de viaje al Servicio al Cliente de SFHP Care Plus. Para obtener más información sobre cómo y dónde presentar un reclamo, consulte el Capítulo 3 de este <i>Manual del miembro</i>. Atención hospitalaria para pacientes hospitalizados* Nota: Para ser un paciente hospitalizado, su proveedor debe escribir una orden para admitirlo formalmente como paciente hospitalizado del hospital. Incluso si pasa la noche en el hospital, es posible que se le considere un “paciente ambulatorio”. Si no está seguro de si es un paciente hospitalizado o ambulatorio, pregunte al personal del hospital. Obtenga más información leyendo la hoja informativa <i>Medicare Hospital Benefits</i>, disponible en Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Consulte el Capítulo 2, Sección A, para obtener información sobre cómo presentar un formulario de reembolso al plan.	
Atención necesaria de urgencia La atención necesaria de urgencia es la atención que se brinda para tratar: - una situación que no se considera de emergencia y requiere atención médica inmediata, o - una enfermedad imprevista, o - una lesión, o - una afección que necesita atención inmediata. Este beneficio continúa en la página siguiente	\$0



Si tiene preguntas, llame a SFHP Care Plus al 1(833) 530-7327 (TTY: 711).

Estamos disponibles de 8:00am a 8:00pm, los siete días de la semana de octubre a marzo; cerrados los sábados y domingos de abril a septiembre. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite sfhp.org/careplus-members.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Atención necesaria de urgencia (continuación) Si necesita atención de urgencia, primero debe intentar obtenerla de un proveedor de la red. Sin embargo, puede usar proveedores fuera de la red cuando no puede comunicarse con un proveedor de la red porque, dado su tiempo, lugar o circunstancias, no es posible, o no es razonable, obtener este servicio de los proveedores de la red (por ejemplo, cuando se encuentra fuera del área de servicio del plan y necesita servicios inmediatos médicamente necesarios para una afección invisible, pero no es una emergencia médica). Este plan cubre la atención de emergencia dentro de los Estados Unidos y sus territorios, según sea necesario, y también incluye un beneficio complementario (adicional) que proporciona cobertura de emergencia/urgencia en todo el mundo mientras se encuentra fuera del área de servicio por 6 meses o menos. Los beneficios cubiertos están limitados a \$50,000 por año. Debe presentar un formulario de solicitud de reembolso con lo siguiente: 1) comprobante de pago (un recibo); 2) el nombre del médico/hospital y la fecha en que recibió la atención; y 3) registros médicos u otra documentación que describa los servicios recibidos.	
Ayuda con ciertas afecciones crónicas Este plan ofrece beneficios adicionales como parte del Programa de Beneficios complementarios especiales para enfermos crónicos (SSBCI). Si un proveedor del plan le diagnosticó una o más de las afecciones crónicas que se enumeran a continuación y cumple con determinados criterios, puede ser elegible para beneficios adicionales del SSBCI. Las afecciones crónicas incluyen: • Trastorno crónico por consumo de alcohol y otros trastornos por consumo de sustancias (SUD) • Afecciones que requieren servicios de terapia continua para que las personas mantengan o conserven el funcionamiento	\$0



Si tiene preguntas, llame a SFHP Care Plus al 1(833) 530-7327 (TTY: 711).

Estamos disponibles de 8:00am a 8:00pm, los siete días de la semana de octubre a marzo; cerrados los sábados y domingos de abril a septiembre. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite sfhp.org/careplus-members.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
• Afecciones crónicas que afectan la visión, la audición (sordera), el gusto, el tacto y el olfato • Afecciones con problemas funcionales • Afecciones asociadas con el deterioro cognitivo • Inmunodeficiencia y trastornos inmunosupresores • Después de un trasplante de órgano • Derrame cerebral • Trastornos neurológicos • Enfermedades de salud mental crónicas e incapacitantes • Enfermedades pulmonares crónicas • HIV/AIDS • Trastornos hematológicos graves • Enfermedad renal crónica (CKD) • Enfermedad gastrointestinal crónica • Sobrepeso, obesidad y síndrome metabólico • Diabetes mellitus • Demencia • Insuficiencia cardíaca crónica • Enfermedades cardiovasculares • Cáncer • Trastornos autoinmunes Este beneficio continúa en la página siguiente	



Si tiene preguntas, llame a SFHP Care Plus al 1(833) 530-7327 (TTY: 711).

Estamos disponibles de 8:00am a 8:00pm, los siete días de la semana de octubre a marzo; cerrados los sábados y domingos de abril a septiembre. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite sfhp.org/careplus-members.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Ayuda con ciertas afecciones crónicas (continuación) Confirmaremos su elegibilidad para beneficios adicionales en función de los reclamos presentados por su proveedor, la derivación de su administrador de atención u otros procesos. Los miembros elegibles podrán utilizar la asignación mensual de la Tarjeta Flex de SFHP Care Plus para comprar alimentos saludables/comestibles y pagar servicios públicos (agua, calefacción, teléfono celular, etc.). Comuníquese con nosotros para obtener información adicional. Asignación de la Tarjeta Flex de SFHP Care Plus: Los miembros elegibles podrían usar su asignación de \$100 por mes cargada en la Tarjeta Flex de SFHP Care Plus para comprar o pagar los siguientes bienes y servicios en tiendas minoristas específicas: • Alimentos y comestibles saludables: frutas frescas, vegetales, comidas congeladas, carne, mariscos, batidos nutricionales, agua y más • Facturas de servicios públicos: electricidad, calefacción, cable, satélite, servicios de telecomunicaciones, redes informáticas/servicios de información, y más La asignación mensual de \$100 de la Tarjeta Flex de SFHP Care Plus se combina con el beneficio complementario para productos de venta libre (OTC). Cualquier parte no utilizada de la asignación no se transfiere al mes siguiente. Pueden aplicarse limitaciones y otras restricciones. Para obtener detalles adicionales sobre los puntos de venta, comuníquese con Servicio al Cliente de SFHP Care Plus a los números que figuran en la parte inferior de esta página. Este beneficio continúa en la página siguiente	



Si tiene preguntas, llame a SFHP Care Plus al 1(833) 530-7327 (TTY: 711).

Estamos disponibles de 8:00am a 8:00pm, los siete días de la semana de octubre a marzo; cerrados los sábados y domingos de abril a septiembre. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite sfhp.org/careplus-members.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Ayuda con ciertas afecciones crónicas (continuación) Transporte a lugares no médicos: Nuestro plan cubre 24 viajes de ida o vuelta a lugares no médicos aprobados cada año. A través del agente de transporte de SFHP Care Plus, Modivcare, puede recibir transporte mediante transporte público, servicio de transporte compartido, taxi, automóvil tipo sedán o camioneta para personas que usan silla de ruedas. Los lugares aprobados incluyen centros recreativos o comunitarios, supermercados o bancos de alimentos, iglesias u otros lugares de culto. El transporte a lugares no médicos no requiere autorización. Para obtener detalles adicionales sobre los destinos de transporte elegibles y cómo solicitar el transporte en general, comuníquese con Servicio al Cliente de SFHP Care Plus al 1(833) 530-7327 (TTY: 711).	
Beneficios complementarios especiales para enfermos crónicos (SSBCI) Este plan ofrece beneficios adicionales como parte del Programa de Beneficios complementarios especiales para enfermos crónicos (SSBCI). Si un proveedor del plan le diagnosticó una o más de las afecciones crónicas que se enumeran a continuación y cumple con determinados criterios, puede ser elegible para beneficios adicionales del SSBCI. Las afecciones crónicas incluyen: • Trastorno crónico por consumo de alcohol y otros trastornos por consumo de sustancias (SUD) • Afecciones que requieren servicios de terapia continua para que las personas mantengan o conserven el funcionamiento • Afecciones crónicas que afectan la visión, la audición (sordera), el gusto, el tacto y el olfato • Afecciones con problemas funcionales • Afecciones asociadas con el deterioro cognitivo • Inmunodeficiencia y trastornos inmunosupresores	\$0



Si tiene preguntas, llame a SFHP Care Plus al 1(833) 530-7327 (TTY: 711).

Estamos disponibles de 8:00am a 8:00pm, los siete días de la semana de octubre a marzo; cerrados los sábados y domingos de abril a septiembre. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite sfhp.org/careplus-members.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
• Después de un trasplante de órgano • Derrame cerebral • Trastornos neurológicos • Enfermedades de salud mental crónicas e incapacitantes • Enfermedades pulmonares crónicas • HIV/AIDS • Trastornos hematológicos graves • Enfermedad renal crónica (CKD) • Enfermedad gastrointestinal crónica • Sobrepeso, obesidad y síndrome metabólico • Diabetes mellitus • Demencia • Insuficiencia cardíaca crónica • Enfermedades cardiovasculares • Cáncer • Trastornos autoinmunes Confirmaremos su elegibilidad para beneficios adicionales en función de los reclamos presentados por su proveedor, la derivación de su administrador de atención u otros procesos. Los miembros elegibles podrán utilizar la asignación mensual de la Tarjeta Flex de SFHP Care Plus para comprar alimentos saludables/comestibles y pagar servicios públicos (agua, calefacción, teléfono celular, etc.). Comuníquese con nosotros para obtener información adicional.	



Si tiene preguntas, llame a SFHP Care Plus al 1(833) 530-7327 (TTY: 711).

Estamos disponibles de 8:00am a 8:00pm, los siete días de la semana de octubre a marzo; cerrados los sábados y domingos de abril a septiembre. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite sfhp.org/careplus-members.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
 Capacitación, servicios y suministros para el autocontrol de la diabetes Pagamos los siguientes servicios para todas las personas que tienen diabetes (ya sea que usen insulina o no): • Suministros para controlar su glucosa en sangre, incluidos los siguientes: ○ un monitor de glucosa en sangre ○ tiras reactivas de glucosa en sangre ○ dispositivos de lanceta y lancetas ○ soluciones de control de glucosa para comprobar la precisión de las tiras reactivas y los monitores • Para las personas con diabetes que tienen una enfermedad grave del pie diabético, pagamos lo siguiente: ○ un par de zapatos terapéuticos moldeados a medida (incluidas las plantillas), incluyendo el ajuste, y dos pares adicionales de plantillas cada año calendario, o Capacitación, servicios y suministros para el autocontrol de la diabetes ○ un par de zapatos profundos, incluido el ajuste, y tres pares de plantillas cada año (sin incluir las plantillas extraíbles no personalizadas que se proporcionan con dichos zapatos) • En algunos casos, pagamos la capacitación para ayudarlo a controlar su diabetes. Para obtener más información, comuníquese con Servicio al Cliente de SFHP Care Plus.	\$0
Cirugía ambulatoria* Pagamos la cirugía ambulatoria y los servicios en las instalaciones ambulatorias del hospital y los centros quirúrgicos ambulatorios. Nota: Si se someterá a una cirugía en un centro hospitalario, debe consultar con su proveedor si será un paciente hospitalizado o ambulatorio. A menos que el	\$0 *Es posible que se requiera autorización previa.



Si tiene preguntas, llame a SFHP Care Plus al 1(833) 530-7327 (TTY: 711).

Estamos disponibles de 8:00am a 8:00pm, los siete días de la semana de octubre a marzo; cerrados los sábados y domingos de abril a septiembre. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite sfhp.org/careplus-members.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
proveedor escriba una orden para admitirlo como paciente hospitalizado en el hospital, usted es un paciente ambulatorio. Incluso si pasa la noche en el hospital, es posible que se le considere un paciente ambulatorio.	
Cuidados paliativos Los cuidados paliativos están cubiertos por nuestro plan. Los cuidados paliativos son para personas con enfermedades graves. Proporciona cuidados centrados en el paciente y en la familia, que mejoran la calidad de vida al prever, prevenir y tratar el sufrimiento. Los cuidados paliativos no son cuidados de un centro de cuidados paliativos, por lo tanto, no es necesario tener una esperanza de vida de seis meses o menos para calificar para los cuidados paliativos. Los cuidados paliativos se pueden proporcionar al mismo tiempo que la atención curativa/regular. Los cuidados paliativos incluyen: • planificación avanzada de la atención • evaluación y consulta de cuidados paliativos • un plan de atención que incluya todos los cuidados paliativos y curativos autorizados, incluidos los servicios sociales médicos y de salud mental • servicios de su equipo de atención designado • coordinación de la atención • control del dolor y manejo de síntomas Es posible que no reciba cuidados paliativos y cuidados paliativos al mismo tiempo si tiene más de 21 años. Si recibe cuidados paliativos y cumple con los requisitos para recibir atención de un centro de cuidados paliativos, puede solicitar que lo cambien a atención de un centro de cuidados paliativos en cualquier momento.	\$0



Si tiene preguntas, llame a SFHP Care Plus al 1(833) 530-7327 (TTY: 711).

Estamos disponibles de 8:00am a 8:00pm, los siete días de la semana de octubre a marzo; cerrados los sábados y domingos de abril a septiembre. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite sfhp.org/careplus-members.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
 Dejar de fumar y consumir tabaco La consejería para dejar de fumar y consumir tabaco está cubierta de forma ambulatoria y hospitalaria para las personas que cumplen con estos criterios: • consumen tabaco, independientemente de si presentan signos o síntomas de enfermedades relacionadas con el tabaco • son competentes y están alertas durante la consejería • un médico calificado u otro profesional reconocido por Medicare brinda la consejería Cubrimos dos intentos de abandono por año (cada intento puede incluir un máximo de cuatro sesiones intermedias o intensivas, con hasta ocho sesiones por año).	\$0
 Detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis (LDCT) Nuestro plan paga las pruebas de detección del cáncer de pulmón cada 12 meses si: • tiene 50-77 años, y • tiene una visita de asesoramiento y toma de decisiones compartida con su médico u otro proveedor calificado, y • ha fumado al menos un paquete al día durante 20 años sin signos o síntomas de cáncer de pulmón o fuma ahora o ha dejado de fumar en los últimos 15 años Después de la primera evaluación, nuestro plan paga otra prueba cada año con una orden por escrito de su médico u otro proveedor calificado. Si un proveedor elige proporcionar asesoramiento sobre detección de cáncer de pulmón y una visita compartida para la toma de decisiones para las pruebas de detección de cáncer de pulmón, la visita debe cumplir con los criterios de Medicare para dichas visitas.	\$0



Si tiene preguntas, llame a SFHP Care Plus al 1(833) 530-7327 (TTY: 711).

Estamos disponibles de 8:00am a 8:00pm, los siete días de la semana de octubre a marzo; cerrados los sábados y domingos de abril a septiembre. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite sfhp.org/careplus-members.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
 Detección de HIV Pagamos un examen de detección de HIV cada 12 meses para las personas que: • soliciten una prueba de detección de HIV, o • tienen un mayor riesgo de infección por HIV. Si está embarazada, pagamos hasta tres pruebas de detección de HIV durante el embarazo. También pagamos pruebas de detección de HIV adicionales cuando lo recomienda su proveedor.	\$0
Dispositivos protésicos y ortopédicos y suministros relacionados* Los dispositivos protésicos reemplazan toda o parte de una parte o función del cuerpo. Estos incluyen, entre otros: • pruebas, adaptación o capacitación en el uso de dispositivos protésicos y ortopédicos • bolsas de colostomía y suministros relacionados con el cuidado de la colostomía • nutrición enteral y parenteral, incluidos kits de suministros de alimentación, bomba de infusión, tubos y adaptadores, soluciones y suministros para inyecciones autoadministradas • marcapasos • férulas • zapatos protésicos • brazos y piernas artificiales • prótesis mamarias (incluido un sostén quirúrgico después de una mastectomía) • prótesis para reemplazar total o parcialmente una parte externa del rostro que haya sido extirpada o afectada como consecuencia de una enfermedad, lesión o defecto congénito	\$0 *Es posible que se requiera autorización previa.



Si tiene preguntas, llame a SFHP Care Plus al 1(833) 530-7327 (TTY: 711).

Estamos disponibles de 8:00am a 8:00pm, los siete días de la semana de octubre a marzo; cerrados los sábados y domingos de abril a septiembre. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite sfhp.org/careplus-members.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
crema para la incontinencia y pañales Pagamos algunos suministros relacionados con dispositivos protésicos y ortopédicos. También pagamos para reparar o reemplazar dispositivos protésicos y ortopédicos. Ofrecemos cierta cobertura después de la extirpación de cataratas o la cirugía de cataratas. Consulte “Atención de la vista” en esta tabla para obtener más detalles.	
Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados Consulte el Capítulo 12 de este <i>Manual del miembro</i> para obtener una definición de “Equipo médico duradero (DME)”. Cubrimos los siguientes artículos: - sillas de ruedas, incluidas las sillas de ruedas eléctricas - muletas - sistemas de colchones eléctricos - almohadilla de presión seca para colchón - suministros para diabéticos - camas de hospital ordenadas por un proveedor para usar en el hogar - bombas de infusión intravenosa (IV) y soporte para suero - dispositivos de generación de voz - equipos y suministros de oxígeno - nebulizadores - andadores - bastón estándar con mango curvo o bastón de cuatro patas y suministros de reemplazo Este beneficio continúa en la página siguiente	\$0



Si tiene preguntas, llame a SFHP Care Plus al 1(833) 530-7327 (TTY: 711).

Estamos disponibles de 8:00am a 8:00pm, los siete días de la semana de octubre a marzo; cerrados los sábados y domingos de abril a septiembre. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite sfhp.org/careplus-members.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados (continuación) • tracción cervical (por encima de la puerta) • estimulador óseo • equipo de atención de diálisis • Otros artículos pueden estar cubiertos. Pagamos todo el DME médicamente necesario que Medicare y Medi-Cal generalmente pagan. Si nuestro proveedor en su área no tiene una marca o fabricante en particular, puede preguntarle si puede pedirlo especialmente para usted.	
 Evaluación de obesidad y terapia para continuar con la pérdida de peso Si tiene un índice de masa corporal de 30 o más, pagamos asesoramiento para ayudarlo a perder peso. Debe recibir el asesoramiento en un entorno de atención primaria. De esa manera, se puede manejar con su plan de prevención completo. Hable con su proveedor de atención primaria para obtener más información.	\$0
 Evaluación y consejería sobre el abuso de alcohol Pagamos una evaluación de abuso de alcohol (SABIRT) por única vez para adultos que abusan del alcohol pero que no son dependientes del alcohol. Esto incluye a las mujeres embarazadas. Si da positivo en la prueba de abuso de alcohol, puede obtener hasta cuatro sesiones breves de consejería presencial cada año (si puede y está alerta durante la consejería) con un proveedor de atención primaria (PCP) o profesional calificado en un entorno de atención primaria. SFHP alienta a los miembros que desean ayuda con el consumo de alcohol u otras sustancias a obtener atención. Los servicios para el consumo de sustancias están disponibles de proveedores de atención general como atención primaria, hospitales para pacientes	\$0



Si tiene preguntas, llame a SFHP Care Plus al 1(833) 530-7327 (TTY: 711).

Estamos disponibles de 8:00am a 8:00pm, los siete días de la semana de octubre a marzo; cerrados los sábados y domingos de abril a septiembre. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite sfhp.org/careplus-members.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
hospitalizados y departamentos de emergencia, así como de proveedores de servicios de especialidad por abuso de sustancias. Los Planes de salud conductual del condado a menudo proporcionan servicios especializados. Para obtener más información acerca de las opciones de tratamiento para los trastornos por consumo de sustancias, llame al San Francisco Treatment Access Program (TAP) al 1(628) 754-9100, que es parte del sistema de salud mental del condado.	
 Exámenes de detección de cáncer de próstata Para los hombres de 50 años o más, pagamos los siguientes servicios una vez cada 12 meses: • un examen rectal digital • una prueba de antígeno prostático específico (PSA)	\$0
Medicamentos de Medicare Part B* Estos medicamentos están cubiertos por la Part B de Medicare. Nuestro plan paga los siguientes medicamentos: • medicamentos que no suele administrarse a sí mismo y que se inyectan o infunden mientras recibe servicios médicos, ambulatorios o de centros de cirugía ambulatoria Medicamentos de Medicare Part B* • insulina suministrada a través de un equipo médico duradero (como una bomba de insulina medicamento necesaria) • Otros medicamentos que toma con equipo médico duradero (como nebulizadores) que nuestro plan autorizó • el medicamento para el Alzheimer Leqembi® (genérico: lecanemab) que se administra por vía intravenosa (IV). Además de los costos de los medicamentos, es posible que necesite exploraciones y pruebas adicionales antes o durante el tratamiento. Hable con su médico acerca	\$0 *Es posible que se requiera autorización previa.



Si tiene preguntas, llame a SFHP Care Plus al 1(833) 530-7327 (TTY: 711).

Estamos disponibles de 8:00am a 8:00pm, los siete días de la semana de octubre a marzo; cerrados los sábados y domingos de abril a septiembre. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite sfhp.org/careplus-members.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
de las exploraciones y pruebas que puede necesitar como parte de su tratamiento. - factores de coagulación que se administra mediante inyección si tiene hemofilia - medicamentos para trasplante/inmunosupresores: Medicare cubre la terapia con medicamentos para trasplantes si Medicare pagó por su trasplante de órganos. Debe tener la Part A en el momento del trasplante cubierto y debe tener la Part B en el momento en que recibe medicamentos inmunosupresores. Medicare Part D cubre los medicamentos inmunosupresores si la Part B no los cubre - medicamentos para la osteoporosis que se inyectan. Pagamos por estos medicamentos si está confinado en casa, tiene una fractura ósea que un médico certifica que estaba relacionada con la osteoporosis posmenopáusica y no puede inyectarse el medicamento usted mismo. Medicamentos de Medicare Part B* - algunos antígenos: Medicare cubre los antígenos si un médico los prepara y una persona debidamente instruida (que podría ser usted, el paciente) los administra bajo la supervisión adecuada - ciertos medicamentos orales contra el cáncer: Medicare cubre algunos medicamentos orales contra el cáncer que toma por vía oral si el mismo medicamento está disponible en forma inyectable o si el medicamento es un promedicamento (una forma oral de un medicamento que, cuando se ingiere, se descompone en el mismo ingrediente activo que se encuentra en el medicamento inyectable). A medida que haya nuevos medicamentos orales contra el cáncer disponibles, la Part B puede cubrirlos. Si la Part B no los cubre, la Part D sí. - medicamentos orales contra las náuseas: Medicare cubre los medicamentos orales contra las náuseas que usa como parte de un régimen quimioterapéutico contra el cáncer si se administran antes, durante o dentro de las 48 horas posteriores a la quimioterapia o si se usan como un reemplazo	



Si tiene preguntas, llame a SFHP Care Plus al 1(833) 530-7327 (TTY: 711).

Estamos disponibles de 8:00am a 8:00pm, los siete días de la semana de octubre a marzo; cerrados los sábados y domingos de abril a septiembre. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite sfhp.org/careplus-members.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
terapéutico completo de un medicamento intravenoso contra las náuseas- • ciertos medicamentos orales para la enfermedad renal en etapa terminal (ESRD) cubiertos por Medicare Part B • medicamentos calcimiméticos y quelantes de fosfato bajo el sistema de pago de ESRD, incluido el medicamento intravenoso Parsabiv®, y el medicamento oral Sensipar Medicamentos de Medicare Part B* • ciertos medicamentos para la diálisis en el hogar, incluida la heparina, el antídoto para la heparina (cuando sea médicamente necesario) y los anestésicos tópicos • agentes estimulantes de la eritropoyesis: Medicare cubre la eritropoyetina por inyección si tiene ESRD o si necesita este medicamento para tratar la anemia relacionada con otras afecciones (por ejemplo, Epogen®, Procrit®, Epoetin Alfa, Aranesp®, Darbepoetin Alfa®, Mircera® o metoxipolietilenglicol-epoetina beta) • inmunoglobulina intravenosa para el tratamiento domiciliario de enfermedades de inmunodeficiencia primaria • nutrición parenteral y enteral (alimentación intravenosa y por sonda) También cubrimos algunas vacunas en virtud de nuestro beneficio de Medicare Part B y la mayoría de las vacunas para adultos en virtud de nuestro beneficio de medicamentos de Medicare Part D. El Capítulo 5 de este <i>Manual del miembro</i> explica nuestro beneficio de medicamentos. Explica las reglas que debe seguir para tener cubiertas las recetas. El Capítulo 6 de este <i>Manual del miembro</i> explica lo que paga por sus medicamentos a través de nuestro plan.	



Si tiene preguntas, llame a SFHP Care Plus al 1(833) 530-7327 (TTY: 711).

Estamos disponibles de 8:00am a 8:00pm, los siete días de la semana de octubre a marzo; cerrados los sábados y domingos de abril a septiembre. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite sfhp.org/careplus-members.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
 Medición de masa ósea Pagamos ciertos procedimientos para los miembros que califican (por lo general, alguien en riesgo de perder masa ósea o en riesgo de osteoporosis). Estos procedimientos identifican la masa ósea, encuentran pérdida ósea o determinan la calidad ósea. Pagamos los servicios una vez cada 24 meses, o con más frecuencia si es médicamente necesario. También pagamos para que un médico mire y comente los resultados.	\$0
Observación hospitalaria para pacientes ambulatorios* Pagamos los servicios de observación hospitalaria para pacientes ambulatorios para determinar si necesita ser admitido como paciente hospitalizado o si puede ser dado de alta. Los servicios deben cumplir con los criterios de Medicare y considerarse razonables y necesarios. Los servicios de observación están cubiertos solo cuando se brindan por orden de un médico u otra persona autorizada por la ley estatal y los estatutos del personal del hospital para admitir pacientes en el hospital u ordenar pruebas ambulatorias. Nota: A menos que el proveedor haya escrito una orden para admitirlo como paciente hospitalizado en el hospital, usted es un paciente ambulatorio. Incluso si pasa la noche en el hospital, es posible que se le considere un paciente ambulatorio. Si no está seguro de si es un paciente ambulatorio, pregunte al personal del hospital. Obtenga más información en la hoja informativa de Medicare <i>Medicare Hospital Benefits</i>, disponible en Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf.	\$0 *Es posible que se requiera autorización previa.
 Profilaxis previa a la exposición (PrEP) para la prevención del HIV Si no tiene HIV, pero su médico u otro profesional de la salud determina que tiene un mayor riesgo de contraer el	\$0



Si tiene preguntas, llame a SFHP Care Plus al 1(833) 530-7327 (TTY: 711).

Estamos disponibles de 8:00am a 8:00pm, los siete días de la semana de octubre a marzo; cerrados los sábados y domingos de abril a septiembre. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite sfhp.org/careplus-members.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
HIV, cubrimos los medicamentos de profilaxis previa a la exposición (PrEP) y los servicios relacionados. Si califica, los servicios cubiertos incluyen: • Medicamentos PrEP orales o inyectables aprobados por la FDA, incluida la tarifa por inyectarse el medicamento, si corresponde. • Hasta ocho sesiones de consejería individual (incluida la evaluación del riesgo de HIV, la reducción del riesgo de HIV y la adherencia a la medicación) cada 12 meses. • Hasta ocho pruebas de detección de HIV cada 12 meses. • Una prueba del virus de la hepatitis B por única vez.	
 Programa de Prevención de la Diabetes de Medicare (MDPP) Nuestro plan paga los servicios del MDPP para personas elegibles. El MDPP está diseñado para ayudarlo a aumentar un comportamiento saludable. Proporciona formación práctica en: • cambio dietético a largo plazo, y • aumento de la actividad física, y • formas de mantener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable.	\$0
 Programas educativos de salud y bienestar Ofrecemos muchos programas que se enfocan en ciertas afecciones médicas. Estos incluyen: • clases de educación para la salud; • clases de educación nutricional; • dejar de fumar y consumir tabaco; y • línea directa de enfermería	\$0



Si tiene preguntas, llame a SFHP Care Plus al 1(833) 530-7327 (TTY: 711).

Estamos disponibles de 8:00am a 8:00pm, los siete días de la semana de octubre a marzo; cerrados los sábados y domingos de abril a septiembre. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite sfhp.org/careplus-members.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
 Prueba de detección de aneurisma aórtico abdominal Pagamos una ecografía de detección única para personas en riesgo. Nuestro plan solo cubre esta prueba de detección si usted tiene ciertos factores de riesgo y si recibe una derivación de su médico, asistente médico (PA), enfermero practicante (NP) o especialista en enfermería clínica (CNS).	\$0
 Prueba de detección de cáncer colorrectal Pagamos por los siguientes servicios: • La colonoscopia no tiene límite de edad mínima o máxima y se cubre una vez cada 120 meses (diez años) para pacientes que no están en alto riesgo, o 48 meses después de una sigmoidoscopia flexible previa para pacientes que no tienen alto riesgo de cáncer colorrectal, y una vez cada 24 meses para Prueba de detección de cáncer colorrectal pacientes de alto riesgo después de una colonoscopia de detección previa. • La colonografía por tomografía computarizada para pacientes de 45 años o más que no tienen un alto riesgo de cáncer colorrectal está cubierta cuando han pasado al menos 59 meses después del mes en que se realizó la última colonografía por tomografía computarizada de detección, o cuando han pasado 47 meses después del mes en que se realizó la última sigmoidoscopia flexible o colonoscopia de detección. Para los pacientes con alto riesgo de cáncer colorrectal, se puede hacer un pago por una colonografía por tomografía computarizada de detección realizada después de que hayan pasado al menos 23 meses después del mes en que se realizó la última colonografía por tomografía computarizada de detección o la última colonoscopia de detección. • Sigmoidoscopia flexible para pacientes de 45 años o más. Una vez cada 120 meses para pacientes que no tienen alto riesgo después de que el paciente se sometió a una colonoscopia de detección. Una vez cada 48 meses para los pacientes de alto riesgo después de	\$0



Si tiene preguntas, llame a SFHP Care Plus al 1(833) 530-7327 (TTY: 711).

Estamos disponibles de 8:00am a 8:00pm, los siete días de la semana de octubre a marzo; cerrados los sábados y domingos de abril a septiembre. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite sfhp.org/careplus-members.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
la última sigmoidoscopia flexible o colonografía por tomografía computarizada. • Pruebas de detección de sangre oculta en heces para pacientes de 45 años o más. Una vez cada 12 meses. • DNA de heces multiobjetivo para pacientes de 45 a 85 años de edad y que no cumplen con los criterios de alto riesgo. Una vez cada tres años. Prueba de detección de cáncer colorrectal • Pruebas de biomarcadores a base de sangre para pacientes de 45 a 85 años de edad y que no cumplen con los criterios de alto riesgo. Una vez cada tres años. • Las pruebas de detección del cáncer colorrectal incluyen una colonoscopia de detección de seguimiento después de que una prueba de detección de cáncer colorrectal no invasiva basada en heces cubierta por Medicare arroje un resultado positivo. • Las pruebas de detección del cáncer colorrectal incluyen una sigmoidoscopia flexible de detección planificada o una colonoscopia de detección que implica la extirpación de tejido u otra materia, u otro procedimiento proporcionado en relación con, como resultado y en el mismo encuentro clínico que la prueba de detección.	
 Prueba de detección de cáncer de seno (mamografía) Pagamos por los siguientes servicios: • una mamografía de referencia entre las edades de 35 y 39 • una mamografía de detección cada 12 meses para mujeres de 40 años o más • exámenes clínicos de mama una vez cada 24 meses	\$0
 Prueba de detección de depresión Pagamos una prueba de detección de depresión cada año. La evaluación debe realizarse en un entorno de	\$0



Si tiene preguntas, llame a SFHP Care Plus al 1(833) 530-7327 (TTY: 711).

Estamos disponibles de 8:00am a 8:00pm, los siete días de la semana de octubre a marzo; cerrados los sábados y domingos de abril a septiembre. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite sfhp.org/careplus-members.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
atención primaria que pueda brindar tratamiento de seguimiento o derivaciones.	
 Prueba de detección de diabetes Pagamos esta prueba (incluye pruebas de glucosa en ayunas) si tiene alguno de los siguientes factores de riesgo: • presión arterial alta (hipertensión) • antecedentes de niveles anormales de colesterol y triglicéridos (dislipidemia) • obesidad • antecedentes de niveles altos de azúcar en la sangre (glucosa) Las pruebas pueden estar cubiertas en algunos otros casos, como si tiene sobrepeso y antecedentes familiares de diabetes. Puede calificar para hasta dos exámenes de detección de diabetes cada 12 meses después de la fecha de su prueba de detección de diabetes más reciente.	\$0
 Prueba de detección de infección por virus de la hepatitis C Cubrimos una prueba de detección de hepatitis C si su médico de atención primaria u otro proveedor de atención médica calificado ordena una y usted cumple con una de estas condiciones: • Tiene un alto riesgo porque usa o ha usado drogas ilícitas inyectables. • Recibió una transfusión de sangre antes de 1992. • Nació entre 1945-1965. Si nació entre 1945 y 1965 y no se considera de alto riesgo, pagamos una prueba de detección una vez. Si tiene un alto riesgo (por ejemplo, ha seguido consumiendo drogas inyectables ilícitas desde su prueba	\$0



Si tiene preguntas, llame a SFHP Care Plus al 1(833) 530-7327 (TTY: 711).

Estamos disponibles de 8:00am a 8:00pm, los siete días de la semana de octubre a marzo; cerrados los sábados y domingos de abril a septiembre. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite sfhp.org/careplus-members.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
de detección de hepatitis C negativa anterior), cubrimos las pruebas de detección anuales.	
 Prueba de detección del cáncer cervical y vaginal Pagamos por los siguientes servicios: • para todas las mujeres: pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos una vez cada 24 meses • para mujeres que tienen un alto riesgo de cáncer cervical o vaginal: una prueba de Papanicolaou cada 12 meses • para mujeres que han tenido una prueba de Papanicolaou anormal en los últimos tres años y están en edad fértil: una prueba de Papanicolaou cada 12 meses • para mujeres de 30 a 65 años: prueba del virus del papiloma humano (HPV) o prueba de Papanicolaou más HPV una vez cada cinco años	\$0
 Prueba de detección y asesoramiento para infecciones de transmisión sexual (STIs) Pagamos las pruebas de detección de clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Estas pruebas de detección están cubiertas para mujeres embarazadas y para algunas personas que tienen un mayor riesgo de contraer una STI. Un proveedor de atención primaria debe ordenar las pruebas. Cubrimos estas pruebas una vez cada 12 meses o en ciertos momentos durante el embarazo. También pagamos hasta dos sesiones presenciales de asesoramiento conductual de alta intensidad cada año para adultos sexualmente activos con mayor riesgo de STI. Cada sesión puede durar de 20 a 30 minutos. Pagamos estas sesiones de asesoramiento como un servicio preventivo solo si las brinda un proveedor de atención primaria. Las sesiones deben ser en un entorno de atención primaria, como el consultorio de un médico.	\$0



Si tiene preguntas, llame a SFHP Care Plus al 1(833) 530-7327 (TTY: 711).

Estamos disponibles de 8:00am a 8:00pm, los siete días de la semana de octubre a marzo; cerrados los sábados y domingos de abril a septiembre. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite sfhp.org/careplus-members.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
 Pruebas de detección de enfermedades cardiovasculares (cardíacas) Pagamos los análisis de sangre para detectar enfermedades cardiovasculares una vez cada cinco años (60 meses). Estos análisis de sangre también verifican defectos debido a un alto riesgo de enfermedad cardíaca.	\$0
Pruebas diagnósticas y servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios* Pagamos los siguientes servicios y otros servicios médicamente necesarios que no se enumeran aquí: • Radiografías • radioterapia (radio e isótopos), incluidos materiales y suministros técnicos • suministros quirúrgicos, como apósitos • férulas, yesos y otros dispositivos utilizados para fracturas y dislocaciones • pruebas de laboratorio • sangre, incluyendo el almacenamiento y la administración • pruebas de diagnóstico que no sean de laboratorio, como tomografías computarizadas, resonancias magnéticas, electrocardiogramas y tomografías por emisión de positrones cuando su médico u otro proveedor de atención médica las ordene para tratar una afección médica • otras pruebas diagnósticas ambulatorias	\$0 *Es posible que se requiera autorización previa.



Si tiene preguntas, llame a SFHP Care Plus al 1(833) 530-7327 (TTY: 711).

Estamos disponibles de 8:00am a 8:00pm, los siete días de la semana de octubre a marzo; cerrados los sábados y domingos de abril a septiembre. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite sfhp.org/careplus-members.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Servicios comunitarios para adultos (CBAS)* CBAS es un programa de servicio ambulatorio basado en instalaciones donde las personas asisten de acuerdo con un horario. Brinda atención de enfermería especializada, servicios sociales, terapias (incluidas ocupacionales, físicas y del habla), cuidado personal, capacitación y apoyo para familiares/cuidadores, servicios de nutrición, transporte y otros servicios. Nuestro plan paga CBAS si cumple con los criterios de elegibilidad. Nota: Si no hay una instalación de CBAS disponible, podemos proporcionar estos servicios por separado.	\$0 *Es posible que se requiera autorización previa.
Servicios de ambulancia* Los servicios de ambulancia cubiertos, ya sea para una situación de emergencia o que no sea de emergencia, incluyen ambulancia terrestre y aérea (avión y helicóptero). La ambulancia lo llevará al lugar más cercano que pueda brindarle atención. Su afección debe ser lo suficientemente grave como para que otras formas de traslado puedan poner en riesgo su salud o su vida. Los servicios de ambulancia para otros casos (que no sean de emergencia) deben ser aprobados por nosotros. En casos que no sean emergencias, podemos pagar una ambulancia. Su afección debe ser lo suficientemente grave como para que otras formas de traslado puedan poner en riesgo su vida o su salud. Este plan cubre los servicios de ambulancia de emergencia dentro de Estados Unidos y sus territorios, según lo requerido, y también incluye un beneficio suplementario (adicional) que proporciona cobertura de ambulancia de emergencia en todo el mundo mientras usted se encuentre fuera del área de servicio durante 6 meses o menos. Los beneficios cubiertos están limitados a \$50,000 por año. Debe presentar un formulario de solicitud de reembolso que incluya lo siguiente: 1) comprobante de pago (un recibo), 2) el nombre del médico/hospital y la fecha en que recibió la	\$0 *Es posible que se requiera autorización previa.



Si tiene preguntas, llame a SFHP Care Plus al 1(833) 530-7327 (TTY: 711).

Estamos disponibles de 8:00am a 8:00pm, los siete días de la semana de octubre a marzo; cerrados los sábados y domingos de abril a septiembre. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite sfhp.org/careplus-members.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
atención, 3) registros médicos u otra documentación que describa los servicios recibidos. Consulte el Capítulo 2, Sección A, para obtener información sobre cómo presentar un formulario de reembolso al plan.	
Servicios de doula Para las personas embarazadas, pagamos nueve visitas con una doula durante el período prenatal y posparto, así como apoyo durante el trabajo de parto y el parto. También se pueden proporcionar hasta nueve visitas posparto adicionales.	\$0
Servicios de hospitalización parcial y servicios intensivos para pacientes ambulatorios* La hospitalización parcial es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo. Se ofrece como un servicio ambulatorio hospitalario o por un centro comunitario de salud mental que es más intenso que la atención que recibe en el consultorio de su médico, terapeuta, terapeuta matrimonial y familiar con licencia (LMFT) o consejero profesional con licencia. Puede ayudar a evitar que tenga que permanecer en el hospital. El servicio ambulatorio intensivo es un programa estructurado de tratamiento activo de terapia de salud conductual (mental) que se brinda como un servicio ambulatorio hospitalario, un centro comunitario de salud mental, un centro de salud calificado por el gobierno federal o una clínica de salud rural que es más intenso que la atención que recibe en el consultorio de su médico, terapeuta, LMFT o consejero profesional con licencia, pero menos intenso que la hospitalización parcial. Nota: Debido a que no hay centros comunitarios de salud mental en nuestra red, cubrimos la hospitalización parcial solo como un servicio ambulatorio del hospital.	\$0 *Es posible que se requiera autorización previa.



Si tiene preguntas, llame a SFHP Care Plus al 1(833) 530-7327 (TTY: 711).

Estamos disponibles de 8:00am a 8:00pm, los siete días de la semana de octubre a marzo; cerrados los sábados y domingos de abril a septiembre. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite sfhp.org/careplus-members.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Servicios de planificación familiar La ley le permite elegir cualquier proveedor, ya sea un proveedor de la red o un proveedor fuera de la red, para ciertos servicios de planificación familiar. Esto significa cualquier médico, clínica, hospital, farmacia o consultorio de planificación familiar. Pagamos por los siguientes servicios: • examen y tratamiento médico de planificación familiar • análisis de laboratorio y pruebas de diagnóstico para planificación familiar Servicios de planificación familiar • métodos de planificación familiar (IUC/IUD, implantes, inyecciones, píldoras anticonceptivas, parche o anillo) • suministros de planificación familiar con receta médica (condón, esponja, espuma, película, diafragma, capuchón cervical) • servicios limitados de fertilidad, como asesoramiento y educación sobre técnicas de concientización sobre la fertilidad, o asesoramiento de salud antes de la concepción, pruebas y tratamiento para infecciones de transmisión sexual (STIs) • asesoramiento y pruebas para el HIV y el AIDS, y otras afecciones relacionadas con el HIV • anticoncepción permanente (debe tener 21 años o más para elegir este método de planificación familiar. Debe firmar un formulario de consentimiento federal de esterilización al menos 30 días, pero no más de 180 días, antes de la fecha de la cirugía). • asesoramiento genético También pagamos algunos otros servicios de planificación familiar. Sin embargo, debe utilizar un proveedor de nuestra red de proveedores para los siguientes servicios:	\$0



Si tiene preguntas, llame a SFHP Care Plus al 1(833) 530-7327 (TTY: 711).

Estamos disponibles de 8:00am a 8:00pm, los siete días de la semana de octubre a marzo; cerrados los sábados y domingos de abril a septiembre. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite sfhp.org/careplus-members.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
- tratamiento para afecciones médicas de infertilidad (este servicio no incluye formas artificiales de quedar embarazada). - tratamiento para el AIDS y otras afecciones relacionadas con el HIV - pruebas genéticas	
Servicios de podología Pagamos por los siguientes servicios: - diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades del pie (como dedo del pie en martillo o espolón calcáneo) - atención de rutina de los pies para miembros con problemas que afectan a las piernas, como diabetes	\$0
Servicios de prevención del asma Puede recibir educación sobre el asma y una evaluación del entorno del hogar para detectar los desencadenantes que se encuentran comúnmente en el hogar para personas con asma mal controlada.	\$0
Servicios de rehabilitación cardíaca (corazón) Pagamos por servicios de rehabilitación cardíaca como ejercicio, educación y asesoramiento. Los miembros deben cumplir con ciertas condiciones y tener una orden médica. Cubrimos estos programas integrales si ha tenido al menos una de estas afecciones: - ataque cardíaco en los últimos 12 meses - cirugía de derivación coronaria - angina de pecho estable (dolor en el pecho) - reparación o reemplazo de una válvula cardíaca Este beneficio continúa en la página siguiente	\$0



Si tiene preguntas, llame a SFHP Care Plus al 1(833) 530-7327 (TTY: 711).

Estamos disponibles de 8:00am a 8:00pm, los siete días de la semana de octubre a marzo; cerrados los sábados y domingos de abril a septiembre. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite sfhp.org/careplus-members.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Servicios de rehabilitación cardíaca (corazón) (continuación) • angioplastia coronaria (procedimiento médico utilizado para abrir una arteria bloqueada) o la colocación de un stent coronario (procedimiento utilizado para mantener abierta una arteria) • trasplante de corazón o de corazón y pulmón • insuficiencia cardíaca crónica estable Limitaciones de la cobertura: Puede recibir hasta 36 sesiones de rehabilitación cardíaca. Puede tener dos sesiones por día (de una hora de duración cada una), y el programa puede durar hasta 36 semanas. Si reúne los requisitos, es posible que pueda recibir 36 sesiones adicionales, que pueden distribuirse durante un período más prolongado.	
Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios Pagamos por fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla. Puede obtener servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios en los departamentos ambulatorios de los hospitales, consultorios de terapeutas independientes, centros integrales de rehabilitación ambulatoria (CORF) y otras instalaciones.	\$0
Servicios de rehabilitación pulmonar Pagamos programas de rehabilitación pulmonar para miembros que tienen enfermedad pulmonar obstructiva crónica (COPD) de moderada a muy grave. Debe tener una orden de rehabilitación pulmonar del médico o proveedor que trata la COPD.	\$0



Si tiene preguntas, llame a SFHP Care Plus al 1(833) 530-7327 (TTY: 711).

Estamos disponibles de 8:00am a 8:00pm, los siete días de la semana de octubre a marzo; cerrados los sábados y domingos de abril a septiembre. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite sfhp.org/careplus-members.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Servicios del médico/proveedor, incluidas las visitas al consultorio del médico Pagamos por los siguientes servicios: • servicios de atención médica o cirugía médicamente necesarios que se brindan en lugares como: ○ consultorio médico ○ centro quirúrgico ambulatorio certificado ○ departamentos de atención ambulatoria de hospitales ○ cualquier otra ubicación Servicios del médico/proveedor, incluidas las visitas al consultorio del médico • consulta, diagnóstico y tratamiento por un especialista • exámenes básicos de audición y equilibrio realizados por su proveedor, si su médico los ordena para averiguar si necesita tratamiento • algunos servicios de telesalud que incluyen consulta, diagnóstico y tratamiento por parte de un médico o profesional de, para miembros en ciertas áreas rurales u otros lugares aprobados por Medicare • servicios de telesalud para visitas mensuales relacionadas con la enfermedad renal en etapa terminal (ESRD) para miembros de diálisis domiciliaria en un centro de diálisis renal hospitalario o de acceso crítico, centro de diálisis renal o en el hogar • servicios de telesalud para diagnosticar, evaluar o tratar los síntomas de un derrame cerebral • servicios de telesalud para miembros con un trastorno por consumo de sustancias o un trastorno de salud mental concurrente, sin importar su ubicación • servicios de telesalud para el diagnóstico, la evaluación y el tratamiento de trastornos de salud mental	\$0



Si tiene preguntas, llame a SFHP Care Plus al 1(833) 530-7327 (TTY: 711).

Estamos disponibles de 8:00am a 8:00pm, los siete días de la semana de octubre a marzo; cerrados los sábados y domingos de abril a septiembre. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite sfhp.org/careplus-members.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
• servicios de telesalud para visitas de salud mental proporcionados por clínicas de salud rurales y centros de salud calificados a nivel federal. • controles virtuales (por ejemplo, por teléfono o chat de video) con su médico durante cinco a diez minutos si ○ no es un paciente nuevo, y ○ el control no está relacionado con una visita al consultorio en los últimos siete días, y ○ el control no deriva en una visita al consultorio en las próximas 24 horas ni a una cita médica programada a la brevedad posible Este beneficio continúa en la página siguiente Servicios del médico/proveedor, incluidas las visitas al consultorio del médico (continuación) • Evaluación de videos y/o imágenes que envíe a su médico, e interpretación y seguimiento por parte de su médico dentro de las 24 horas si: ○ no es un paciente nuevo, y ○ la evaluación no está relacionada con una visita al consultorio en los últimos siete días, y ○ la evaluación no deriva en una visita al consultorio en las próximas 24 horas ni a una cita médica programada a la brevedad posible • Consulta que su médico tiene con otros médicos por teléfono, Internet o registro de salud electrónico si no es un paciente nuevo • Segunda opinión de otro proveedor de la red antes de la cirugía. Puede obtener una segunda opinión con un proveedor fuera de la red si no hay una disponible con un proveedor de la red. Se requiere autorización previa. • Atención dental que no es de rutina. Los servicios cubiertos se limitan a: ○ cirugía de la mandíbula o estructuras relacionadas	



Si tiene preguntas, llame a SFHP Care Plus al 1(833) 530-7327 (TTY: 711).

Estamos disponibles de 8:00am a 8:00pm, los siete días de la semana de octubre a marzo; cerrados los sábados y domingos de abril a septiembre. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite sfhp.org/careplus-members.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
○ reducción de fracturas de la mandíbula o de los huesos faciales ○ extracción de dientes antes de los tratamientos de radiación para el cáncer neoplásico ○ servicios que estarían cubiertos cuando los brinda un médico	
Servicios del programa de tratamiento de opioides (OTP)* Nuestro plan paga los siguientes servicios para tratar el trastorno por uso de opioides (OUD) a través de un OTP que incluye los siguientes servicios: • actividades de admisión • evaluaciones periódicas • medicamentos aprobados por la FDA y, si corresponde, manejar y administrarle estos medicamentos • consejería sobre consumo de sustancias • terapia individual y grupal • pruebas de drogas o sustancias químicas en su cuerpo (pruebas de toxicología)	\$0 *Es posible que se requiera autorización previa.
Servicios del trabajador de salud comunitario SFHP Care Plus cubre los servicios del trabajador de salud comunitario (CHW) para individuos, cuando sean recomendados por un médico u otro profesional autorizado para prevenir enfermedades, discapacidades y otras condiciones de salud o su progresión; prolongar la vida; y promover la eficiencia y la salud física y mental. Los servicios de CHW no tienen límites de ubicación de servicio y los miembros pueden recibir servicios en entornos, como el departamento de emergencias. Los servicios de prevención de la violencia del CHW están disponibles para los miembros que cumplan con cualquiera de las siguientes circunstancias según lo determine un profesional autorizado:	\$0



Si tiene preguntas, llame a SFHP Care Plus al 1(833) 530-7327 (TTY: 711).

Estamos disponibles de 8:00am a 8:00pm, los siete días de la semana de octubre a marzo; cerrados los sábados y domingos de abril a septiembre. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite sfhp.org/careplus-members.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
• Ha sido herido violentamente como resultado de la violencia comunitaria. • Está en riesgo significativo de sufrir lesiones violentas como resultado de la violencia comunitaria. • Ha experimentado una exposición crónica a la violencia comunitaria. Los servicios de prevención de la violencia del CHW son específicos de la violencia comunitaria (por ejemplo, violencia de pandillas). Los servicios del CHW se pueden proporcionar servicios a miembros para violencia interpersonal/doméstica a través de las otras vías con capacitación/experiencia específica para esas necesidades. Comuníquese con Servicio al Cliente de SFHP Care Plus al 1(833) 530-7327 (TTY: 711) para obtener más información.	
Servicios dentales* Pagamos algunos servicios dentales cuando el servicio es una parte integral del tratamiento específico de la afección médica primaria de una persona. Los ejemplos incluyen la reconstrucción de la mandíbula después de una fractura o lesión, extracciones dentales realizadas en preparación para el tratamiento de radiación para el cáncer que involucra la mandíbula o exámenes orales antes del trasplante de órganos. Lo que no cubrimos está disponible a través de Medi-Cal Dental, como se describe en la Sección G2 a continuación. Servicios de Medi-Cal Dental Usted cuenta con beneficios dentales integrales a través de Medi-Cal Dental. Beneficios complementarios (extra): Nuestro plan también cubre servicios dentales que no están cubiertos por Medi-Cal Dental, incluidos: • un examen dental adicional por año	\$0 *Es posible que se requiera autorización previa.



Si tiene preguntas, llame a SFHP Care Plus al 1(833) 530-7327 (TTY: 711).

Estamos disponibles de 8:00am a 8:00pm, los siete días de la semana de octubre a marzo; cerrados los sábados y domingos de abril a septiembre. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite sfhp.org/careplus-members.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
- servicios de restauración (coronas con metal de alta nobleza, 1 por diente cada siete años calendario) - prostodoncia (rebase de dentaduras postizas completas o parciales, puentes con metal de alta nobleza, 1 por diente cada siete años calendario) Deben cumplirse los criterios de necesidad médica. Los servicios dentales suplementarios de SFHP Care Plus se proporcionan únicamente a través de la red de Liberty Dental. Comuníquese con Servicio al Cliente de SFHP Care Plus al 1(833) 530-7327 (TTY: 711) para obtener más información.	
Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios* Pagamos los servicios médicamente necesarios que recibe en el departamento de pacientes ambulatorios de un hospital para el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión, como: - Servicios en un departamento de emergencias o clínica ambulatoria, como cirugía ambulatoria o servicios de observación - Análisis de laboratorio y pruebas de diagnóstico facturados por el hospital - Atención de salud mental, incluida la atención en un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica que se necesitaría tratamiento hospitalario sin ella - Radiografías y otros servicios de radiología facturados por el hospital - Suministros médicos, como férulas y yesos - Algunos medicamentos que no puede administrarse a sí mismo	\$0 *Es posible que se requiera autorización previa.



Si tiene preguntas, llame a SFHP Care Plus al 1(833) 530-7327 (TTY: 711).

Estamos disponibles de 8:00am a 8:00pm, los siete días de la semana de octubre a marzo; cerrados los sábados y domingos de abril a septiembre. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite sfhp.org/careplus-members.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Servicios para la audición Pagamos las pruebas de audición y equilibrio realizadas por su proveedor. Estas pruebas le indican si necesita tratamiento médico. Están cubiertas como atención ambulatoria cuando las recibe de un médico, audiólogo u otro proveedor calificado. También pagamos los audífonos cuando los receta un médico u otro proveedor calificado, que incluyen: • moldes, suministros e insertos • reparaciones • un juego inicial de baterías • seis visitas para capacitación, ajustes y adaptación con el mismo proveedor después de obtener el audífono • período de prueba de alquiler de audífonos • dispositivos de asistencia auditiva, dispositivos de conducción ósea de uso superficial • servicios de audiología relacionados con audífonos y servicios posteriores a la evaluación Beneficios complementarios (extra): Además, nuestro plan cubre un examen de la audición de rutina, ajuste/evaluación para audífonos y hasta \$2,000 por año para la compra de 1 o 2 audífonos con receta. Usted es responsable de cualquier monto que supere este límite. Estos servicios están disponibles a través de proveedores de audición específicos de la red. Comuníquese con Servicio al Cliente de SFHP Care Plus al 1(833) 530-7327 (TTY: 711) para obtener más información.	\$0



Si tiene preguntas, llame a SFHP Care Plus al 1(833) 530-7327 (TTY: 711).

Estamos disponibles de 8:00am a 8:00pm, los siete días de la semana de octubre a marzo; cerrados los sábados y domingos de abril a septiembre. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite sfhp.org/careplus-members.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Servicios para pacientes hospitalizados en un hospital psiquiátrico Pagamos por los servicios de atención de salud mental que requieren una estadía en el hospital. • Si necesita servicios para pacientes hospitalizados en un hospital psiquiátrico independiente, pagamos los primeros 190 días. Después de eso, la agencia de salud mental del condado local paga los servicios psiquiátricos para pacientes hospitalizados médicamente necesarios. La autorización para la atención más allá de los 190 días se coordina con la agencia de salud mental local del condado. ○ El límite de 190 días no se aplica a los servicios de salud mental para pacientes hospitalizados proporcionados en una unidad psiquiátrica de un hospital general • Si tiene 65 años o más, pagamos los servicios que recibe en un Institute for Mental Diseases (IMD).	\$0
Servicios para trastornos por consumo de sustancias para pacientes ambulatorios Pagamos por los siguientes servicios, y tal vez por otros servicios que no se enumeran aquí: • evaluación y consejería sobre el abuso de alcohol • tratamiento del abuso de drogas • consejería grupal o individual por parte de un profesional calificado • desintoxicación subaguda en un programa residencial de adicciones • servicios de alcohol y/o drogas en un centro de tratamiento ambulatorio intensivo • tratamiento con naltrexona de liberación prolongada (vivitrol)	\$0



Si tiene preguntas, llame a SFHP Care Plus al 1(833) 530-7327 (TTY: 711).

Estamos disponibles de 8:00am a 8:00pm, los siete días de la semana de octubre a marzo; cerrados los sábados y domingos de abril a septiembre. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite sfhp.org/careplus-members.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Servicios quiroprácticos Pagamos por los siguientes servicios: - ajustes de la columna vertebral para corregir la alineación Beneficios complementarios (extra): Además, nuestro plan cubre hasta 12 visitas de atención quiropráctica de rutina cada año, proporcionadas para: - cobertura complementaria para evaluación y manejo - examen de radiografía - terapia de manipulación quiropráctica - modalidades y procedimientos terapéuticos - rehabilitación física para afecciones musculoesqueléticas de la columna vertebral y las extremidades Los beneficios se proporcionan a través de un contrato con American Specialty Health Plans of California, Inc. (ASH Plans). Para obtener más información o para localizar un proveedor participante de los Planes ASH, puede llamar a Servicio al Cliente de SFHP Care Plus o visitar sfhp.org/careplus-members.	\$0
Servicios y suministros para enfermedades renales Pagamos por los siguientes servicios: - Servicios de educación sobre la enfermedad renal para enseñar sobre cuidado renal y ayudarlo a tomar buenas decisiones sobre su atención. Debe tener enfermedad renal crónica en etapa IV y su médico debe derivarlo. Cubrimos hasta seis sesiones de servicios de educación sobre enfermedades renales. - Tratamientos de diálisis para pacientes ambulatorios, incluidos los tratamientos de diálisis cuando se encuentra temporalmente fuera del área de servicio, como se explica en el Capítulo 3 de este <i>Manual del miembro</i>, o cuando su proveedor de este servicio no está disponible o está inaccesible temporalmente.	\$0



Si tiene preguntas, llame a SFHP Care Plus al 1(833) 530-7327 (TTY: 711).

Estamos disponibles de 8:00am a 8:00pm, los siete días de la semana de octubre a marzo; cerrados los sábados y domingos de abril a septiembre. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite sfhp.org/careplus-members.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
• Tratamientos de diálisis para pacientes hospitalizados si ingresa como paciente hospitalizado en un hospital para recibir cuidados especiales • Capacitación en autodiálisis, incluida la capacitación para usted y cualquier persona que lo ayude con sus tratamientos de diálisis en el hogar • Equipos y suministros de diálisis en el hogar • Ciertos servicios de apoyo en el hogar, como visitas necesarias de trabajadores de diálisis capacitados para controlar su diálisis en el hogar, para ayudar en emergencias y para revisar su equipo de diálisis y suministro de agua. Medicare Part B paga algunos medicamentos para diálisis. Para obtener información, consulte “Medicamentos de Medicare Part B” en esta tabla.	
Terapia de ejercicio supervisada (SET)* Pagamos la terapia SET para miembros con enfermedad arterial periférica sintomática (PAD) que cuentan con una derivación para PAD del médico responsable del tratamiento de la PAD. Nuestro plan paga: • hasta 36 sesiones durante un período de 12 semanas si se cumplen todos los requisitos de SET • 36 sesiones adicionales a lo largo del tiempo si un proveedor de atención médica lo considera médicamente necesario El programa SET debe ser: • sesiones de 30 a 60 minutos de un programa terapéutico de ejercicio para la enfermedad arterial periférica (PAD) en miembros con calambres en las piernas debido a mala circulación (claudicación) • en un entorno hospitalario ambulatorio o en el consultorio de un médico	\$0 *Es posible que se requiera autorización previa.



Si tiene preguntas, llame a SFHP Care Plus al 1(833) 530-7327 (TTY: 711).

Estamos disponibles de 8:00am a 8:00pm, los siete días de la semana de octubre a marzo; cerrados los sábados y domingos de abril a septiembre. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite sfhp.org/careplus-members.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
• administrado por personal calificado que se asegura de que el beneficio supere el daño y que está capacitado en terapia de ejercicios para la PAD • bajo la supervisión directa de un médico, asistente médico (PA) o enfermero practicante (NP)/especialista en enfermería clínica (CNS) capacitado en técnicas de soporte vital básico y avanzado	
Terapia de infusión en el hogar Nuestro plan paga la terapia de infusión en el hogar, definida como medicamentos o sustancias biológicas administradas en una vena o aplicadas debajo de la piel y que se le proporcionan en el hogar. Se necesita lo siguiente para realizar la infusión en el hogar: • el fármaco o sustancia biológica, como un antiviral o inmunoglobulina; • equipo, como una bomba; y Este beneficio continúa en la página siguiente Terapia de infusión en el hogar (continuación) • suministros, como tubos o un catéter. Nuestro plan cubre servicios de infusión en el hogar que incluyen, entre otros: • servicios profesionales, incluidos los servicios de enfermería, proporcionados de acuerdo con su plan de atención; • capacitación y educación de los miembros que aún no están incluidas en el beneficio de DME; • monitoreo remoto; y • servicios de monitoreo para la provisión de terapia de infusión en el hogar y medicamentos de infusión en el hogar proporcionados por un proveedor calificado de terapia de infusión en el hogar.	\$0



Si tiene preguntas, llame a SFHP Care Plus al 1(833) 530-7327 (TTY: 711).

Estamos disponibles de 8:00am a 8:00pm, los siete días de la semana de octubre a marzo; cerrados los sábados y domingos de abril a septiembre. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite sfhp.org/careplus-members.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
 Terapia de nutrición médica Este beneficio es para personas con diabetes o enfermedad renal sin diálisis. También es para después de un trasplante de riñón cuando lo ordena su médico. Pagamos tres horas de servicios de asesoramiento personalizado durante el primer año que recibe servicios de terapia de nutrición médica bajo Medicare. Podemos aprobar servicios adicionales si es médicamente necesario. Pagamos dos horas de servicios de asesoramiento individual cada año después de eso. Si su afección, tratamiento o diagnóstico cambia, es posible que pueda recibir más horas de tratamiento con una orden médica. Un médico debe recetar estos servicios y renovar la orden cada año si necesita tratamiento en el próximo año calendario. Podemos aprobar servicios adicionales si es médicamente necesario.	\$0
Transporte: Transporte médico que no es de emergencia (NEMT)* Este beneficio permite el transporte médico para un servicio cubierto por nuestro plan y Medicare. Esto puede incluir: servicios de transporte médico en ambulancia, camioneta para pacientes en camilla, camioneta para personas que usan silla de ruedas y coordinación con servicios de transporte especializado (paratransito). Las formas de transporte están autorizadas cuando: • Su proveedor médico determina que su condición médica y/o física no le permite viajar en autobús, automóvil de pasajeros, taxi u otra forma de transporte público o privado, y se requiere autorización previa y deberá llamar a su plan para organizar un viaje. Llame a Servicio al Cliente de SFHP a los números que figuran en la parte inferior de esta página para obtener ayuda para programar el transporte. Este beneficio continúa en la página siguiente	\$0 *Es posible que se requiera autorización previa.



Si tiene preguntas, llame a SFHP Care Plus al 1(833) 530-7327 (TTY: 711).

Estamos disponibles de 8:00am a 8:00pm, los siete días de la semana de octubre a marzo; cerrados los sábados y domingos de abril a septiembre. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite sfhp.org/careplus-members.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Transporte: Transporte médico que no es de emergencia* (NEMT) (continuación) - Puede solicitar transporte médico que no es de emergencia pidiéndolo a su médico, dentista, podólogo o proveedor de salud mental o trastorno por abuso de sustancias. Su proveedor decidirá el tipo de transporte correcto para satisfacer sus necesidades. Si determinan que necesita transporte médico que no es de emergencia, se lo prescribirán relleno un formulario y enviándolo a SFHP. Una vez aprobada, la aprobación es válida por hasta 12 meses dependiendo de la necesidad médica. Una vez aprobada, puede obtener tantos viajes como necesite. Su médico deberá reevaluar su necesidad médica de transporte médico que no es de emergencia y, si corresponde, volver a aprobar su receta de transporte médico que no es de emergencia cuando venza, si todavía califica. Su médico puede volver a aprobar el transporte médico que no es de emergencia por hasta 12 meses o menos. Recibirá transporte médico cuando: - Sea necesario por su condición física o médica según la autorización por escrito de un médico u otro proveedor, o no pueda, por esos mismos motivos, usar un automóvil, autobús, tren o taxi para llegar a su cita. - Necesite la ayuda de un conductor para salir y regresar a su casa, vehículo o lugar de tratamiento por una discapacidad física o mental. - Para solicitar el transporte médico que su médico ha recetado para las citas no urgentes (de rutina), llame al enlace de transporte de SFHP al 1(415) 547-7807 al menos 5 días hábiles antes de su cita. Para citas urgentes, llame tan pronto como sea posible.	
Transporte: Transporte no médico Este beneficio permite el transporte a los servicios médicos en automóvil de pasajeros, taxi u otras formas de transporte público/privado. Se requiere transporte con el fin de obtener la atención médica necesaria cubierta por Medi-Cal, incluido el viaje a	\$0



Si tiene preguntas, llame a SFHP Care Plus al 1(833) 530-7327 (TTY: 711).

Estamos disponibles de 8:00am a 8:00pm, los siete días de la semana de octubre a marzo; cerrados los sábados y domingos de abril a septiembre. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite sfhp.org/careplus-members.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
las citas dentales y para recoger medicamentos. El transporte para servicios cubiertos tanto por Medi-Cal como por Medicare está cubierto. Los servicios de transporte no médico están disponibles cuando usted confirma que no tiene otra forma de recibir los servicios de salud cubiertos. SFHP proporciona el transporte no médico de menor costo que cubra sus necesidades al proveedor más cercano desde su casa, donde haya una cita disponible. Los miembros no pueden conducir por sí mismos o recibir reembolsos directos por NMT. El NMT se puede organizar si usted no necesita supervisión médica o apoyo del conductor. El NMT utiliza un automóvil, taxi, autobús, metro/tranvía u otra forma pública o privada para llegar a/acceder a sus servicios cubiertos. No hay ningún cargo para usted por utilizar este servicio. No se necesita receta ni autorización previa de su proveedor para usar NMT. Su proveedor no necesita completar un formulario para que pueda acceder a este servicio de transporte. Transporte: Transporte no médico Algunas veces, SFHP puede reembolsar (devolverle) por viajes en un vehículo privado para el que usted haga los arreglos. SFHP debe aprobar esto antes de que usted obtenga el viaje. Para el reembolso de kilometraje, debe presentar copias válidas/actuales de la licencia de conducir del operador del vehículo, el registro del vehículo y el comprobante de seguro del vehículo. Si tiene una emergencia, llame al 911. El transporte está disponible para servicios y citas no relacionados con la atención de emergencia. Para solicitar transporte, puede comunicarse con Servicio al Cliente de SFHP Care Plus al 1(833) 530-7327 (TTY: 711). Debe notificarnos sobre sus necesidades de transporte al menos 10 días antes de su cita, o tan pronto como pueda cuando tenga una cita urgente. Tenga a mano su tarjeta de ID de miembro de SFHP Care Plus cuando llame. Los horarios de atención se enumeran en la parte inferior de la página. Consulte el Capítulo 2, Sección A, para obtener información sobre cómo presentar un formulario de reembolso al plan.	



Si tiene preguntas, llame a SFHP Care Plus al 1(833) 530-7327 (TTY: 711).

Estamos disponibles de 8:00am a 8:00pm, los siete días de la semana de octubre a marzo; cerrados los sábados y domingos de abril a septiembre. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite sfhp.org/careplus-members.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
 Vacunas Pagamos por los siguientes servicios: • vacunas contra la neumonía • vacunas contra la gripe/influenza, una vez cada temporada de gripe/influenza en otoño e invierno, con vacunas adicionales contra la gripe/influenza si es médicamente necesario • vacunas contra la hepatitis B si nunca ha recibido una serie completa, no conoce su historial de vacunación o tiene cualquier otra afección que lo ponga en riesgo alto o intermedio de contraer hepatitis B • vacuna contra el COVID-19 • vacuna del virus del papiloma humano (HPV) • otras vacunas si está en riesgo y cumplen con las reglas de cobertura de Medicare Part B Pagamos otras vacunas que cumplen con las reglas de cobertura de Medicare Part D. Consulte el Capítulo 6 de este <i>Manual del miembro</i> para obtener más información.	\$0
 Visita de bienestar anual Puede hacerse un chequeo anual. Esto es para hacer o actualizar un plan de prevención basado en sus factores de riesgo actuales. Esto lo pagamos una vez cada 12 meses. Nota: Su primera visita de bienestar anual no puede realizarse dentro de los 12 meses posteriores a su visita de Bienvenido a Medicare. Sin embargo, no es necesario que haya tenido una visita de Bienvenido a Medicare para obtener visitas anuales de bienestar después de haber tenido la Part B durante 12 meses.	\$0
 Visita de reducción del riesgo de enfermedad cardiovascular (corazón) (terapia para enfermedades cardíacas) Pagamos una visita al año, o más si es médicamente necesario, con su proveedor de atención primaria (PCP)	\$0



Si tiene preguntas, llame a SFHP Care Plus al 1(833) 530-7327 (TTY: 711).

Estamos disponibles de 8:00am a 8:00pm, los siete días de la semana de octubre a marzo; cerrados los sábados y domingos de abril a septiembre. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite sfhp.org/careplus-members.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
para ayudar a reducir su riesgo de enfermedad cardíaca. Durante las visitas, su médico puede: • discutir el uso de aspirina, • controlar su presión arterial, y/o darle consejos para asegurarse de que está comiendo bien.	
 Visita preventiva “Bienvenido a Medicare” Cubrimos una visita preventiva, por única vez, de “Bienvenido a Medicare” La visita incluye: • una revisión de su salud, • educación y asesoramiento sobre los servicios preventivos que necesita (incluyendo exámenes e inyecciones (vacunas)), y • derivaciones para otra atención si es necesario. Nota: Cubrimos la visita preventiva “Bienvenido a Medicare” solo durante los primeros 12 meses que tenga Medicare Part B. Cuando programe su cita, informe al consultorio médico que desea programar la visita preventiva “Bienvenido a Medicare”.	\$0

E. Beneficios de visitante o viajero de nuestro plan

Si se encuentra fuera del área de servicio del plan por más de seis meses seguidos, pero no se muda de forma permanente, debemos cancelar su inscripción del plan.

F. Apoyos comunitarios

Puede obtener apoyos en virtud de su plan de atención individualizada. Los Apoyos comunitarios son servicios o instalaciones alternativas médicamente apropiados y rentables a aquellos cubiertos por el plan estatal Medi-Cal. Estos servicios son opcionales para los miembros. Si usted califica, estos servicios pueden ayudarle a vivir de manera más independiente. No reemplazan los beneficios que ya recibe bajo Medi-Cal.



Si tiene preguntas, llame a SFHP Care Plus al 1(833) 530-7327 (TTY: 711).

Estamos disponibles de 8:00am a 8:00pm, los siete días de la semana de octubre a marzo; cerrados los sábados y domingos de abril a septiembre. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite sfhp.org/careplus-members.

Algunos ejemplos de Apoyos comunitarios que ofrecemos incluyen:

Comidas adaptadas médicamente

Las comidas adaptadas médicamente son comidas que puede obtener sin costo alguno. Están hechas para mantenerlo saludable. Puede obtener comidas adaptadas médicamente si tiene uno o más de los siguientes:

- Padece una enfermedad crónica, como diabetes, trastornos cardiovasculares, insuficiencia cardíaca congestiva, derrame cerebral, trastornos pulmonares crónicos, virus de la inmunodeficiencia humana (HIV), cáncer, diabetes gestacional, otras enfermedades perinatales de alto riesgo y trastornos mentales o del comportamiento crónicos o incapacitantes; o
- Salió de un hospital u otro centro; o
- Tiene muchas necesidades de atención médica.

Puede obtener hasta 2 comidas por día, por hasta 12 semanas. Puede seguir recibiendo comidas después de 12 semanas si es médicamente necesario.

Relevo médico

Relevo médico es un centro de atención donde puede recuperarse y sanar después de su tiempo en el hospital, en lugar de quedarse más tiempo en el hospital o regresar a su situación de vida actual. Cuenta con enfermeros y administradores de casos para ayudarle. Debe cumplir con los criterios de elegibilidad para este servicio. Su alta hospitalaria o equipo de salud del refugio lo referirá para este servicio. No hay costo para usted para este servicio.

Centro de sobriedad

Los centros de sobriedad son destinos alternativos para los miembros mayores de 18 años que están intoxicados en público. Los centros de sobriedad son alternativas a los servicios que normalmente se prestan en los servicios de urgencias y en las cárceles. Ofrecen un entorno seguro y de apoyo para recuperarse de una intoxicación aguda. Debe cumplir con los criterios de elegibilidad. El personal de transporte de emergencia, el personal del hospital u otros miembros de su equipo de atención médica pueden ayudarle a derivarlo para este servicio. No hay costo para usted para este servicio.

Servicios de navegación para la transición de vivienda

Los Servicios de navegación para la transición de vivienda pueden ayudarle a encontrar una vivienda segura para vivir. También puede obtener ayuda para mudarse o ayuda para conservar su vivienda actual. Puede obtener apoyo con vivienda si es indigente o está en riesgo de quedarse sin hogar y tiene uno o más de los siguientes:

- Tiene una discapacidad



Si tiene preguntas, llame a SFHP Care Plus al 1(833) 530-7327 (TTY: 711).

Estamos disponibles de 8:00am a 8:00pm, los siete días de la semana de octubre a marzo; cerrados los sábados y domingos de abril a septiembre. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite sfhp.org/careplus-members.

- Tiene 1 o más afecciones crónicas graves o enfermedad mental
- Tiene un trastorno por consumo de sustancias
- Corre el riesgo de ir a un centro de tratamiento.
- Acaba de salir de la cárcel, un hospital u otro centro
- Tiene un ingreso anual de menos del 30% del ingreso familiar promedio local
- Es un joven en edad de transición de 16-25 años con un pasado de cuidado de acogida o sistema de justicia juvenil
- No tiene sistema de apoyo como ayuda de la familia, amigos o ayuda de una iglesia, y también:
 - Se mudó 2 o más veces en los últimos 60 días
 - Está viviendo en la casa de otra persona
 - Le han dicho que deje su lugar en los próximos 21 días
 - Vive en un hotel o motel que no es pagado por un programa
 - Vive en una habitación individual (SRO) con 2 personas más
 - Vive en una casa con más de 1.5 personas por habitación
 - Acaba de salir de un centro como un hospital, la cárcel, el cuidado temporal, etc.

Servicios de arrendamiento y mantenimiento de la vivienda

Los Servicios de arrendamiento y mantenimiento de la vivienda apoyan a los miembros a mantener un arrendamiento seguro y estable una vez que la vivienda esté asegurada. Puede obtener ayuda para el alquiler de una vivienda si tiene uno o más de los siguientes problemas:

- Está en riesgo de quedarse sin hogar.
- Tiene una discapacidad
- Tiene 1 o más afecciones crónicas graves o enfermedad mental
- Tiene un trastorno por consumo de sustancias
- Corre el riesgo de ir a un centro de tratamiento.
- Acaba de salir de la cárcel, un hospital u otro centro



Si tiene preguntas, llame a SFHP Care Plus al 1(833) 530-7327 (TTY: 711).

Estamos disponibles de 8:00am a 8:00pm, los siete días de la semana de octubre a marzo; cerrados los sábados y domingos de abril a septiembre. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite sfhp.org/careplus-members.

- Tiene un ingreso anual de menos del 30% del ingreso familiar promedio local.
- Es un joven en edad de transición de 16-25 años con un pasado de cuidado de acogida o sistema de justicia juvenil
- No tiene sistema de apoyo como familia, amigos o ayuda de una iglesia, y también.
 - Se mudó 2 o más veces en los últimos 60 días
 - Está viviendo en la casa de otra persona
 - Le han dicho que deje su lugar en los próximos 21 días
 - Vive en un hotel o motel que no es pagado por un programa
 - Vive en una habitación individual (SRO) con 2 personas más
 - Vive en una casa con más de 1.5 personas por habitación
 - Acaba de salir de un centro como un hospital, la cárcel, el cuidado temporal, etc.

Modificaciones en el hogar (adaptaciones de accesibilidad del entorno)

Las Adaptaciones de accesibilidad del entorno (también conocidas como Modificaciones al hogar) son cambios en su hogar que le ayudarán a vivir de forma segura e independiente. Algunos ejemplos de cambios en su hogar incluyen:

- Instalación de rampas
- Ampliación de las puertas para el acceso para sillas de ruedas
- Elevadores de escaleras
- Hacer que la silla de ruedas del baño y la ducha sean accesibles

Puede obtener apoyo con modificaciones en el hogar si:

- Está en riesgo de ir a un centro de enfermería.
- Es inseguro o poco saludable que permanezca en su casa.

Transición de un centro de enfermería a casa

La Transición de un centro de enfermería a un hogar es para miembros que viven en un centro de enfermería que desean hacer la transición de manera segura a la comunidad y necesitan apoyo para hacerlo.



Si tiene preguntas, llame a SFHP Care Plus al 1(833) 530-7327 (TTY: 711).

Estamos disponibles de 8:00am a 8:00pm, los siete días de la semana de octubre a marzo; cerrados los sábados y domingos de abril a septiembre. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite sfhp.org/careplus-members.

Puede obtener apoyo para la Transición de un centro de enfermería al hogar si:

- Actualmente recibe un nivel de atención médicamente necesario (LOC) y elige hacer la transición de un centro de enfermería o a Relevo médico
- Ha vivido más de 60 días en un hogar de ancianos o en un entorno de relevo médico
- Está interesado en volver a la comunidad

Si necesita ayuda o desea saber qué Apoyos comunitarios pueden estar disponibles para usted, llame al Servicio al Cliente de SFHP Care Plus al 1(833) 530-7327 (TTY: 711) o llame a su proveedor de atención médica.

G. Beneficios cubiertos fuera de nuestro plan

No cubrimos los siguientes servicios, pero están disponibles a través de Medi-Cal de pago por servicio.

G1. California Community Transitions (CCT)

El programa California Community Transitions (CCT) utiliza organizaciones líderes locales para ayudar a los beneficiarios elegibles de Medi-Cal que han vivido en un centro para pacientes hospitalizados durante al menos 60 días consecutivos, a hacer la transición de regreso y permanecer de manera segura en un entorno comunitario. El programa CCT financia los servicios de coordinación de transición durante el período previo a la transición y durante los 365 días posteriores a la transición para ayudar a los beneficiarios a regresar a un entorno comunitario.

Puede obtener servicios de coordinación de transición de cualquier organización líder de CCT que preste servicios en el condado en el que vive. Puede encontrar una lista de las organizaciones líderes de CCT y los condados en los que brindan servicios en el sitio web del Department of Health Care Service, en:

www.dhcs.ca.gov/services/ltc/Pages/CCT.

Para los servicios de coordinación de transición de CCT

Medi-Cal paga los servicios de coordinación de transición. Usted no paga nada por estos servicios.

Para servicios no relacionados con su transición a CCT

Su proveedor nos factura por sus servicios. Nuestro plan paga por los servicios prestados después de su transición. Usted no paga nada por estos servicios.

Mientras recibe los servicios de coordinación de transición de CCT, pagamos los servicios incluidos en la Tabla de beneficios en la **Sección D**.



Si tiene preguntas, llame a SFHP Care Plus al 1(833) 530-7327 (TTY: 711).

Estamos disponibles de 8:00am a 8:00pm, los siete días de la semana de octubre a marzo; cerrados los sábados y domingos de abril a septiembre. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite sfhp.org/careplus-members.

No hay cambios en el beneficio de cobertura de medicamentos

El programa CCT **no** cubre los medicamentos. Usted continúa recibiendo su beneficio normal de medicamentos a través de nuestro plan. Para obtener más información, consulte el **Capítulo 5** del *Manual del miembro*.

Nota: Si necesita atención de transición sin CCT, llame a su administrador de atención para coordinar los servicios. La atención de transición sin CCT es la atención **no** relacionada con su transición de una institución o centro.

G2. Medi-Cal Dental

Ciertos servicios dentales están disponibles a través de Medi-Cal Dental.

Hay más información disponible en el sitio web [SmileCalifornia.org](https://smilecalifornia.org). Medi-Cal Dental incluye, entre otros, servicios como:

- exámenes iniciales, radiografías, limpiezas y tratamientos con flúor
- restauraciones y coronas
- tratamiento de conducto
- ajustes, reparaciones y revestimientos completos de las dentaduras postizas

Para obtener más información sobre los beneficios dentales disponibles en Medi-Cal Dental, o si necesita ayuda para encontrar un dentista que acepte Medi-Cal, comuníquese con la línea de Servicio al Cliente de Medi-Cal Dental al 1-800-322-6384 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-735-2922). La llamada es gratuita. Los representantes de Medi-Cal Dental están disponibles para ayudarlo de 8 a.m. a 5 p.m., de lunes a viernes. También puede visitar el sitio web en smilecalifornia.org para obtener más información.

Nota: Nuestro plan ofrece servicios dentales adicionales. Consulte la Tabla de beneficios en la **Sección D** para obtener más información.

F3. Servicios de apoyo en el hogar (IHSS)

- El programa IHSS ayudará a pagar los servicios que se le brinden para que pueda permanecer seguro en su propio hogar. Los servicios de IHSS se consideran una alternativa al cuidado fuera del hogar, como los asilos de ancianos o las residencias con servicios de cuidado y alojamiento.
- Para recibir servicios, se realiza una evaluación para determinar qué tipos de servicios pueden autorizarse para cada participante en función de sus necesidades. Los tipos de servicios que se pueden autorizar a través de IHSS son limpieza de la casa, preparación de comidas, lavandería, compras de comestibles, servicios de cuidado personal (como cuidado de intestinos y vejiga, baño, aseo y servicios paramédicos), acompañamiento a citas médicas y supervisión de protección para personas con discapacidad mental.



Si tiene preguntas, llame a SFHP Care Plus al 1(833) 530-7327 (TTY: 711).

Estamos disponibles de 8:00am a 8:00pm, los siete días de la semana de octubre a marzo; cerrados los sábados y domingos de abril a septiembre. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite sfhp.org/careplus-members.

- Su administrador de atención puede ayudarlo a solicitar IHSS con la agencia de servicios sociales de su condado. Para obtener más información sobre los IHSS disponibles en su condado, ingrese a <https://www.cdss.ca.gov/inforesources/ihss>. O llame a Servicios de apoyo en el hogar (IHSS) de la San Francisco County Human Services Agency al 1(415) 355-6700 (TTY: 1(833) 342-5388).

G4. Programas de Exención 1915(c) de Servicios basados en la comunidad y en el hogar (HCBS)

Exención de vida asistida (ALW)

- La Exención de vida asistida (ALW) ofrece a los beneficiarios elegibles de Medi-Cal la opción de residir en un entorno de vida asistida como alternativa a la colocación a largo plazo en un centro de enfermería. El objetivo del ALW es facilitar la transición de los centros de enfermería a un entorno hogareño y comunitario o evitar las admisiones de enfermería especializada para los beneficiarios con una necesidad inminente de colocación en un centro de enfermería.
- Los miembros que están inscritos en ALW pueden permanecer inscritos en ALW y al mismo tiempo recibir los beneficios proporcionados por nuestro plan. Nuestro plan trabaja con su Agencia de coordinación de atención ALW para coordinar los servicios que recibe.
- Actualmente, ALW solo está disponible en los siguientes condados: Alameda, Contra Costa, Fresno, Kern, Los Angeles, Orange, Riverside, Sacramento, San Bernardino, San Diego, San Francisco, San Joaquin, San Mateo, Santa Clara y Sonoma.
- Su administrador de atención puede ayudarlo a solicitar ALW o puede comunicarse con:

Institute on Aging

- Dirección: 701 Gateway Blvd, South San Francisco, CA 94080
- Teléfono: 1(415) 750-4111 o 1(650) 424-1411
- Horario: los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m.
- Sitio web: Connect@ioaging.org

All Hours Adult Care

- Dirección: 3641 Adams St, Riverside, CA 92504 (brinda servicios en SF de forma remota)
- Teléfono: 1(844) 657-4748
- Horario: de lunes a jueves, de 9 a.m. a 5 p.m.
- Sitio web: info@allhoursadultcare.com



Si tiene preguntas, llame a SFHP Care Plus al 1(833) 530-7327 (TTY: 711).

Estamos disponibles de 8:00am a 8:00pm, los siete días de la semana de octubre a marzo; cerrados los sábados y domingos de abril a septiembre. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite sfhp.org/careplus-members.

New Horizons CCA

- Dirección: 6060 Sunrise Vista Drive, Suite 3200, Citrus Heights, CA 95601
- Teléfono: 1(916) 745-3754
- Horario: de lunes a viernes, de 9 a.m. a 5 p.m.
- Sitio web: casemanagement@newhorizonscca.com

Star Nursing, Inc.

- Dirección: 2795 E Bidwell St, Suite 100-102, Folsom, CA 95630
- Teléfono: 1(916) 542-1445
- Horario: de lunes a viernes, de 9 a.m. a 5 p.m.

Exención de HCBS para californianos con discapacidades del desarrollo (HCBS-DD)**California Self-Determination Program (SDP) Waiver para personas con discapacidades del desarrollo**

- Hay dos exenciones 1915(c), la Exención HCBS-DD y la Exención SDP, que brindan servicios a personas que han sido diagnosticadas con una discapacidad del desarrollo que comienza antes de que la persona cumpla 18 años y se espera que continúe indefinidamente. Ambas exenciones son una forma de financiar ciertos servicios que permiten a las personas con discapacidades del desarrollo vivir en el hogar o en la comunidad en lugar de residir en un centro de salud autorizado. Los costos de estos servicios son financiados conjuntamente por el programa Medicaid del gobierno federal y el estado de California. Su administrador de atención puede ayudarlo a conectarse con los servicios de la Exención DD.

Exención de Alternativas basadas en la comunidad y en el hogar (HCBS)

- La Exención HCBA brinda servicios de administración de atención a personas en riesgo de colocación en hogares de ancianos o instituciones. Los servicios de administración de la atención son proporcionados por un equipo multidisciplinario de administración de la atención compuesto por una enfermera y un trabajador social. El equipo coordina los servicios de exención y del plan estatal (como servicios médicos, de salud conductual, servicios de apoyo en el hogar, etc.) y organiza otros servicios y apoyos a largo plazo disponibles en la comunidad local. Los servicios de administración de la atención y exención se brindan en la residencia comunitaria del participante. Esta residencia puede ser de propiedad privada, asegurada a través de un contrato de arrendamiento de inquilino o la residencia de un miembro de la familia de un participante.
- Los miembros que están inscritos en la Exención HCBA pueden permanecer inscritos en la Exención HCBA y al mismo tiempo recibir los beneficios proporcionados por nuestro plan. Nuestro plan trabaja con su agencia de Exención HCBA para coordinar los servicios que recibe.



Si tiene preguntas, llame a SFHP Care Plus al 1(833) 530-7327 (TTY: 711).

Estamos disponibles de 8:00am a 8:00pm, los siete días de la semana de octubre a marzo; cerrados los sábados y domingos de abril a septiembre. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite sfhp.org/careplus-members.

- Su administrador de atención puede ayudarlo a solicitar HCBA. Comuníquese con Home and Health Care Management al:
 - Teléfono: 1(800) 400-0727
 - Fax: 1(530) 894-3186
 - Horario: de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m.

Medi-Cal Waiver Program (MCWP)

- El Medi-Cal Waiver Program (MCWP) brinda servicios integrales de administración de casos y atención directa a personas que viven con el HIV como una alternativa a la atención en un centro de enfermería o la hospitalización. La administración de casos es un enfoque de equipo centrado en el participante que consta de un enfermero registrado y un administrador de casos de trabajo social. Los administradores de casos trabajan con el participante y los proveedores de atención primaria, la familia, los cuidadores y otros proveedores de servicios, para evaluar las necesidades de atención para mantener al participante en su hogar y comunidad.
- Los objetivos del MCWP son: (1) proporcionar servicios en el hogar y la comunidad a personas con HIV que, de otro modo, podrían necesitar servicios institucionales; (2) ayudar a los participantes a manejar su salud relacionada con el HIV; (3) mejorar el acceso a servicios de apoyo social y de salud conductual; y (4) coordinar a los proveedores de servicios y eliminar la duplicación de servicios.
- Los miembros que están inscritos en la Exención MCWP pueden permanecer inscritos en la Exención MCWP y al mismo tiempo recibir los beneficios proporcionados por nuestro plan. Nuestro plan trabaja con su agencia de Exención MCWP para coordinar los servicios que recibe.
- Su administrador de atención puede ayudarlo a solicitar el MCWP. El Medi-Cal Waiver Program local para personas que viven con HIV/AIDS que presta servicios en el condado de San Francisco es:

Primary Care at Home, Inc.

- Dirección: 400 29th Street, Suite 306 Oakland, CA 94609
- Teléfono: 1(510) 822-2588
- Horario: de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m.

Multipurpose Senior Services Program (MSSP)

- El Multipurpose Senior Services Program (MSSP) brinda servicios de administración de atención social y médica para ayudar a las personas a permanecer en sus propios hogares y comunidades.
- Si bien la mayoría de los participantes del programa también reciben servicios de apoyo en el hogar, MSSP brinda coordinación de atención continua, vincula a los



Si tiene preguntas, llame a SFHP Care Plus al 1(833) 530-7327 (TTY: 711).

Estamos disponibles de 8:00am a 8:00pm, los siete días de la semana de octubre a marzo; cerrados los sábados y domingos de abril a septiembre. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite sfhp.org/careplus-members.

participantes con otros servicios y recursos comunitarios necesarios, coordina con proveedores de atención médica y compra algunos servicios necesarios que de otro modo no estarían disponibles para prevenir o retrasar la institucionalización. El costo total anual combinado de la administración de la atención y otros servicios debe ser menor que el costo de recibir atención en un centro de enfermería especializada.

- Un equipo de profesionales de servicios sociales y de salud proporciona a cada participante del MSSP una evaluación psicosocial y de salud completa para determinar los servicios necesarios. Luego, el equipo trabaja con el participante de MSSP, su médico, su familia y otros para desarrollar un plan de atención individualizado. Los servicios incluyen:
 - administración de la atención
 - atención diurna para adultos
 - mantenimiento/repaciones menores del hogar
 - servicios complementarios de tareas domésticas, cuidado personal y supervisión de protección
 - servicios de relevo
 - servicios de transporte
 - servicios de consejería y terapia
 - servicios de comidas
 - servicios de comunicación
- Los miembros que están inscritos en la Exención MSSP pueden permanecer inscritos en la Exención MSSP y al mismo tiempo recibir los beneficios proporcionados por nuestro plan. Nuestro plan trabaja con su proveedor de MSSP para coordinar los servicios que recibe.
- Su administrador de atención puede ayudarlo a solicitar MSSP. El Multipurpose Senior Services Plan (MSSP) en el condado de San Francisco es administrado por:

Self-Help for the Elderly

- Dirección: 731 Sansome Street, San Francisco, CA 94111
- Teléfono directo: 1(415) 369-2218
- Social Services Department: 1(415) 677-7585
- Horario: de lunes a viernes, de 8:30 a.m. a 5:15 p.m.



Si tiene preguntas, llame a SFHP Care Plus al 1(833) 530-7327 (TTY: 711).

Estamos disponibles de 8:00am a 8:00pm, los siete días de la semana de octubre a marzo; cerrados los sábados y domingos de abril a septiembre. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite sfhp.org/careplus-members.

G5. Servicios de salud conductual del condado proporcionados fuera de nuestro plan (servicios de salud mental y trastornos por consumo de sustancias)

Tiene acceso a los servicios de salud conductual médicamente necesarios que cubren Medicare y Medi-Cal. Brindamos acceso a servicios de salud conductual cubiertos por Medicare y la atención administrada de Medi-Cal. Nuestro plan no brinda servicios especializados de salud mental de Medi-Cal o trastornos por uso de sustancias del condado, pero estos servicios están disponibles para usted a través de las agencias de salud conductual del condado.

Los servicios de salud mental especializados de Medi-Cal están disponibles para usted a través del plan de salud mental del condado (MHP) si cumple con los criterios para acceder a los servicios de salud mental especializados. Los servicios especializados de salud mental de Medi-Cal proporcionados por el MHP de su condado incluyen:

- servicios de salud mental
- servicios de apoyo de medicamentos
 - servicios de tratamiento intensivo diurno
- rehabilitación diurna
 - servicios de intervención en caso de crisis
 - servicios de estabilización de crisis
- servicios de tratamiento residencial para adultos
- servicios de tratamiento residencial de crisis
- servicios del centro de salud psiquiátrica
- servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados psiquiátricos
- administración de casos objetivo
- servicios de apoyo entre pares
- servicios móviles de intervención en crisis basados en la comunidad
- servicios terapéuticos de la conducta
- cuidado temporal terapéutico
- coordinación intensiva de la atención
- servicios intensivos en el hogar



Si tiene preguntas, llame a SFHP Care Plus al 1(833) 530-7327 (TTY: 711).

Estamos disponibles de 8:00am a 8:00pm, los siete días de la semana de octubre a marzo; cerrados los sábados y domingos de abril a septiembre. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite sfhp.org/careplus-members.

- reinserción de personas con antecedentes penales
- tratamiento comunitario asertivo (ACT)
- tratamiento comunitario asertivo forense (FACT)
- atención especializada coordinada (CSC) para el primer episodio de psicosis (FEP)
- servicios de apoyo comunitario tipo Clubhouse
- servicios mejorados de trabajadores de salud comunitarios (CHW)

Los servicios de Drug Medi-Cal (DMC) están disponibles para usted a través de la agencia de salud conductual de su condado si cumple con los criterios para recibir estos servicios.

- servicios de tratamiento intensivo para pacientes ambulatorios
- tratamiento perinatal residencial por trastornos por consumo de sustancias
- servicios de tratamiento ambulatorio
- programa de tratamiento de narcóticos
- medicamentos para el tratamiento de adicciones (también llamado tratamiento asistido por medicamentos)
- servicios de apoyo entre pares
- servicios móviles de intervención en crisis basados en la comunidad
- servicios de intervención temprana (para miembros menores de 21 años)
- servicios de detección, diagnóstico y tratamiento tempranos y periódicos (para miembros menores de 21 años)

Los servicios del Drug Medi-Cal Organized Delivery System (DMC-ODS) incluyen los siguientes:

- servicios de tratamiento ambulatorio
- servicios de tratamiento intensivo para pacientes ambulatorios
- servicios de hospitalización parcial
- medicamentos para el tratamiento de adicciones (también llamado tratamiento asistido por medicamentos)



Si tiene preguntas, llame a SFHP Care Plus al 1(833) 530-7327 (TTY: 711).

Estamos disponibles de 8:00am a 8:00pm, los siete días de la semana de octubre a marzo; cerrados los sábados y domingos de abril a septiembre. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite sfhp.org/careplus-members.

- servicios de tratamiento residencial
- servicios de manejo de la abstinencia
- programa de tratamiento de narcóticos
- servicios de recuperación
- coordinación de la atención
- servicios de apoyo entre pares
- servicios móviles de intervención en crisis basados en la comunidad
- servicios de manejo de contingencias
- servicios de intervención temprana (para miembros menores de 21 años)
- servicios de detección, diagnóstico y tratamiento tempranos y periódicos (para miembros menores de 21 años)
- servicios de tratamiento para pacientes hospitalizados

Además de los servicios enumerados anteriormente, puede tener acceso a servicios voluntarios de desintoxicación para pacientes hospitalizados si cumple con los criterios.

Si tiene preguntas sobre los servicios de salud conductual, la autorización de servicios, la detección del nivel de discapacidad para determinar los servicios apropiados, los procedimientos de derivación o el proceso de resolución de problemas, llame a su Línea de salud conductual de SFHP, de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. PST al 1(855) 371-8117.

También puede llamar al plan de salud mental de su condado. Para encontrar todos los números de teléfono gratuitos del condado, visite

<http://www.dhcs.ca.gov/individuals/Pages/MHPContactList.aspx>.

H. Beneficios no cubiertos por nuestro plan, Medicare o Medi-Cal

Esta sección le informa sobre los beneficios excluidos por nuestro plan. “Excluido” significa que no pagamos por estos beneficios. Medicare y Medi-Cal tampoco pagan por ellos.

La siguiente lista describe algunos servicios y artículos no cubiertos por nosotros bajo ninguna condición y algunos excluidos por nosotros solo en algunos casos.

No pagamos los beneficios médicos excluidos enumerados en esta sección (ni en ningún otro lugar de este *Manual del miembro*), excepto bajo las condiciones específicas enumeradas. Incluso si recibe los servicios en un centro de emergencia, el plan no pagará los servicios. Si cree que nuestro plan debe pagar por un servicio que no está



Si tiene preguntas, llame a SFHP Care Plus al 1(833) 530-7327 (TTY: 711).

Estamos disponibles de 8:00am a 8:00pm, los siete días de la semana de octubre a marzo; cerrados los sábados y domingos de abril a septiembre. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite sfhp.org/careplus-members.

cubierto, puede solicitar una apelación. Para obtener información sobre apelaciones, consulte el **Capítulo 9** de este *Manual del miembro*.

Además de las exclusiones o limitaciones descritas en la Tabla de beneficios, nuestro plan no cubre los siguientes artículos y servicios:

- servicios considerados no “razonables y médicamente necesarios”, según Medicare y Medi-Cal, a menos que figuren como servicios cubiertos
- tratamientos médicos y quirúrgicos, artículos y medicamentos experimentales, a menos que Medicare, un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, o nuestro plan los cubran. Consulte el **Capítulo 3** del *Manual del miembro* para obtener más información sobre los estudios de investigación clínica. Los tratamientos y artículos experimentales son aquellos que, por lo general, no son aceptados por la comunidad médica.
- tratamiento quirúrgico para la obesidad mórbida, excepto cuando sea médicamente necesario y Medicare pague por él
- una habitación privada en un hospital, excepto cuando sea médicamente necesario
- servicio de enfermería privada
- artículos personales en su habitación de hospital o de un centro de enfermería, como un teléfono o televisión
- atención de enfermería de tiempo completo en su hogar
- los cargos cobrados por sus familiares directos o miembros de su hogar
- comidas entregadas en su hogar
- procedimientos o servicios de mejora opcionales o voluntarios (incluyendo pérdida de peso, crecimiento del cabello, rendimiento sexual, rendimiento atlético, fines cosméticos, antienvjecimiento y rendimiento mental), excepto cuando sean médicamente necesarios-
- cirugía estética u otros procedimientos cosméticos, a menos que sean necesarios debido a una lesión accidental o para mejorar una parte del cuerpo que no tiene una forma adecuada. Sin embargo, cubrimos la reconstrucción de un seno después de una mastectomía y el tratamiento del otro seno para que quede simétrico
- Atención quiropráctica, que no sea la manipulación manual de la columna vertebral, de acuerdo con las pautas de cobertura
- atención de los pies de rutina, excepto la descrita en Servicios de podología en la Tabla de beneficios en la **Sección D**
- zapatos ortopédicos, a menos que los zapatos formen parte de una férula para la pierna y estén incluidos en el costo de la férula, o que los zapatos sean para una persona con enfermedad del pie diabético



Si tiene preguntas, llame a SFHP Care Plus al 1(833) 530-7327 (TTY: 711).

Estamos disponibles de 8:00am a 8:00pm, los siete días de la semana de octubre a marzo; cerrados los sábados y domingos de abril a septiembre. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite sfhp.org/careplus-members.

- dispositivos de apoyo para los pies, excepto zapatos ortopédicos o terapéuticos para personas con enfermedad del pie diabético
- queratotomía radial, cirugía LASIK y otras ayudas para la baja visión
- reversión de los procedimientos de esterilización
- servicios de naturopatía (el uso de tratamientos naturales o alternativos)
- servicios brindados a veteranos en las instalaciones de Veterans Affairs (VA). Sin embargo, cuando un veterano recibe servicios de emergencia en un hospital de VA y el costo compartido de VA es mayor que el costo compartido según nuestro plan, le reembolsaremos al veterano la diferencia. Usted sigue siendo responsable de los montos de sus costos compartidos.



Si tiene preguntas, llame a SFHP Care Plus al 1(833) 530-7327 (TTY: 711).

Estamos disponibles de 8:00am a 8:00pm, los siete días de la semana de octubre a marzo; cerrados los sábados y domingos de abril a septiembre. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite sfhp.org/careplus-members.

Capítulo 5: Obtener sus medicamentos como paciente ambulatorio

Introducción

Este capítulo explica las reglas para obtener sus medicamentos como paciente ambulatorio. Estos son medicamentos que su proveedor indica para usted y que usted obtiene de una farmacia o a través de pedidos por correo. Incluyen medicamentos cubiertos por Medicare Part D y Medi-Cal. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo del *Manual del miembro*.

También cubrimos los siguientes medicamentos, aunque no se analizan en este capítulo:

- **Medicamentos cubiertos por Medicare Part A.** Por lo general, estos incluyen medicamentos que se le administran mientras está en un hospital o centro de enfermería.
- **Medicamentos cubiertos por Medicare Part B.** Estos incluyen algunos medicamentos de quimioterapia, algunas inyecciones de medicamentos que se le administran durante una visita al consultorio con un médico u otro proveedor, y medicamentos que se le administran en una clínica de diálisis. Para obtener más información sobre qué medicamentos de Medicare Part B están cubiertos, consulte la Tabla de beneficios en el **Capítulo 4** de este *Manual del miembro*.
- Además de la cobertura de beneficios médicos y de Medicare Part D del plan, sus medicamentos pueden estar cubiertos por Original Medicare si está en un centro de cuidados paliativos de Medicare. Si desea más información, consulte la **Sección F3 del Capítulo 5**, “En un programa de cuidados paliativos certificado por Medicare”.

Reglas para la cobertura de medicamentos para pacientes ambulatorios de nuestro plan

Por lo general, cubrimos sus medicamentos siempre que siga las reglas de esta sección.

Debe pedirle a un proveedor (médico, dentista u otro profesional que receta) su receta, que debe ser válida según la ley estatal aplicable. Esta persona a menudo es su



Si tiene preguntas, llame a SFHP Care Plus al 1(833) 530-7327 (TTY: 711).

Estamos disponibles de 8:00am a 8:00pm, los siete días de la semana de octubre a marzo; cerrados los sábados y domingos de abril a septiembre. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite sfhp.org/careplus-members.

proveedor de atención primaria (PCP). También podría ser otro proveedor si su PCP lo ha derivado para recibir atención.

Su médico **no** debe estar en las listas de exclusión o preclusión de Medicare ni en ninguna lista similar de Medi-Cal.

Por lo general, debe usar una farmacia de la red para surtir su receta. (Para obtener más información, consulte la **Sección A1**). O puede surtir su receta a través del servicio de pedidos por correo del plan.

Su medicamento recetado debe estar en la *Lista de medicamentos cubiertos* de nuestro plan. La llamamos “*Lista de medicamentos*” para abreviar. (Consulte la **Sección B** de este capítulo).

- Si no está en la *Lista de medicamentos*, es posible que podamos cubrirlo dándole una excepción.
- Consulte el **Capítulo 9: Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)**, para obtener información sobre cómo solicitar una excepción.
- Tenga en cuenta también que la solicitud para cubrir su medicamento recetado se evaluará según los estándares de Medicare y Medi-Cal.

Su medicamento debe usarse para una indicación médicamente aceptada. Esto significa que el uso del medicamento está aprobado por la Food and Drug Administration (FDA) o respaldado por ciertas referencias médicas. Es posible que su médico pueda ayudar a identificar referencias médicas para respaldar el uso solicitado del medicamento recetado. La indicación médicamente aceptada se refiere a un uso específico de un medicamento que cumple con los estándares reconocidos de seguridad y eficacia.

Es posible que su medicamento requiera la aprobación de nuestro plan en función de ciertos criterios antes de que lo cubramos. (Consulte la **Sección C** en este capítulo).



Si tiene preguntas, llame a SFHP Care Plus al 1(833) 530-7327 (TTY: 711).

Estamos disponibles de 8:00am a 8:00pm, los siete días de la semana de octubre a marzo; cerrados los sábados y domingos de abril a septiembre. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite sfhp.org/careplus-members.

Índice

A. Surtir sus recetas	154
A1. Surtir su receta en una farmacia de la red	154
A2. Usar su tarjeta de ID de miembro cuando surte una receta	154
A3. Qué hacer si cambia de farmacia de la red	154
A4. Qué hacer si su farmacia abandona la red	155
A5. Usar una farmacia especializada.....	155
A6. Usar el servicio de pedidos por correo para obtener sus medicamentos	155
A7. Obtener un suministro de medicamentos a largo plazo.....	157
A8. Usar una farmacia que no esté en la red de nuestro plan	158
A9. Reembolsarle por una receta	158
B. <i>Lista de medicamentos</i> de nuestro plan	159
B1. Medicamentos en nuestra <i>Lista de medicamentos</i>	159
B2. Cómo puedo encontrar un medicamento en la <i>Lista de medicamentos</i>	160
B3. Medicamentos que no están en nuestra <i>Lista de medicamentos</i>	160
B4. Niveles de costos compartidos de la <i>Lista de medicamentos</i>	161
C. Límites en algunos medicamentos.....	162
D. Razones por las que su medicamento podría no estar cubierto	164
D1. Obtener un suministro temporal	164
D2. Solicitar un suministro temporal	166
E. Cambios en la cobertura de sus medicamentos	167
F. Cobertura de medicamentos en casos especiales.....	170
F1. En un hospital o un centro de enfermería especializada para una estadía que cubre nuestro plan	170



Si tiene preguntas, llame a SFHP Care Plus al 1(833) 530-7327 (TTY: 711).

Estamos disponibles de 8:00am a 8:00pm, los siete días de la semana de octubre a marzo; cerrados los sábados y domingos de abril a septiembre. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite sfhp.org/careplus-members.

F2. En un centro de atención a largo plazo	170
F3. En un programa de centro de cuidados paliativos certificado por Medicare	170
G. Programas sobre la seguridad y el manejo de medicamentos.....	171
G1. Programas para ayudarle a usar medicamentos de forma segura.....	171
G2. Programas para ayudarle a manejar sus medicamentos	171
G3. Programa de administración de medicamentos (DMP) para ayudar a los miembros a usar medicamentos opioides de manera segura.....	172



Si tiene preguntas, llame a SFHP Care Plus al 1(833) 530-7327 (TTY: 711).

Estamos disponibles de 8:00am a 8:00pm, los siete días de la semana de octubre a marzo; cerrados los sábados y domingos de abril a septiembre. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite sfhp.org/careplus-members.

A. Surtir sus recetas

A1. Surtir su receta en una farmacia de la red

En la mayoría de los casos, pagamos las recetas solo cuando se surten en cualquiera de las farmacias de nuestra red. Una farmacia de la red es una farmacia que acepta surtir recetas para los miembros de nuestro plan. Puede utilizar cualquiera de las farmacias de nuestra red. (Consulte la **Sección A8** para obtener información sobre cuándo cubrimos las recetas surtidas en farmacias fuera de la red).

Para encontrar una farmacia de la red, consulte el *Directorio de proveedores y farmacias*, visite nuestro sitio web o comuníquese con Servicio al Cliente de SFHP Care Plus o su administrador de atención.

A2. Usar su tarjeta de ID de miembro cuando surte una receta

Para surtir su receta, **muestre su tarjeta de ID de miembro** en la farmacia de su red. La farmacia de la red nos factura por su medicamento cubierto.

Recuerde, necesita su tarjeta de Medi-Cal o Tarjeta de identificación de beneficios (BIC) para acceder a los medicamentos cubiertos por Medi-Cal Rx.

Si no tiene su tarjeta de identificación de miembro o BIC con usted cuando surte su receta, pídale a la farmacia que nos llame para obtener la información necesaria, o puede pedirle a la farmacia que busque la información de inscripción de su plan.

Si la farmacia no puede obtener la información necesaria, es posible que deba pagar el costo total de la receta cuando la recoja. Después puede pedirnos que le devolvamos el dinero. **Si no puede pagar el medicamento, comuníquese con Servicio al Cliente de SFHP Care Plus de inmediato.** Haremos todo lo posible para ayudar.

- Para pedirnos que le devolvamos el dinero, consulte el **Capítulo 7** de este *Manual del miembro*.
- Si necesita ayuda para surtir una receta, comuníquese con Servicio al Cliente de SFHP Care Plus o con su administrador de atención.

A3. Qué hacer si cambia de farmacia de la red

Si cambia de farmacia y necesita un resurtido de recetas, puede solicitar que un proveedor le escriba una nueva receta o pedirle a su farmacia que transfiera la receta a la nueva farmacia si quedan resurtidos.

Si necesita ayuda para cambiar su farmacia de la red, comuníquese con Servicio al Cliente de SFHP Care Plus o con su administrador de atención.



Si tiene preguntas, llame a SFHP Care Plus al 1(833) 530-7327 (TTY: 711).

Estamos disponibles de 8:00am a 8:00pm, los siete días de la semana de octubre a marzo; cerrados los sábados y domingos de abril a septiembre. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite sfhp.org/careplus-members.

A4. Qué hacer si su farmacia abandona la red

Si la farmacia que usa deja la red de nuestro plan, debe encontrar una nueva farmacia de la red.

Para encontrar una nueva farmacia de la red, consulte el *Directorio de proveedores y farmacias*, visite nuestro sitio web o comuníquese con Servicio al Cliente de SFHP Care Plus o su administrador de atención.

A5. Usar una farmacia especializada

A veces, las recetas deben surtirse en una farmacia especializada. Las farmacias especializadas incluyen:

- Farmacias que suministran medicamentos para terapia de infusión en el hogar.
- Farmacias que suministran medicamentos a los residentes de un centro de atención a largo plazo, como un centro de enfermería.
 - Por lo general, los centros de atención a largo plazo tienen sus propias farmacias. Si es residente de un centro de atención a largo plazo, nos aseguramos de que pueda obtener los medicamentos que necesita en la farmacia del centro.
 - Si la farmacia de este centro de atención a largo plazo no se encuentra dentro de nuestra red o tiene dificultades para recibir sus medicamentos en un centro de atención a largo plazo, comuníquese con Servicio al Cliente de SFHP Care Plus.
- Farmacias de Indian Health Care Provider (IHCP) Los miembros indígenas americanos y nativos de Alaska tienen acceso a las farmacias en un Indian Health Care Provider (IHCP) en la medida en que tengan una farmacia minorista inscrita. Si usted no es indígena americano o nativo de Alaska, aún puede recibir servicios de una farmacia minorista en un IHCP si se le asigna a la clínica o para una emergencia.
- Farmacias que dispensan medicamentos restringidos por la FDA a ciertos lugares o que requieren un manejo especial, coordinación de proveedores o educación sobre su uso. (Nota: Este escenario debería ocurrir raramente).
- Para encontrar una farmacia especializada, consulte el *Directorio de proveedores y farmacias*, visite nuestro sitio web o comuníquese con Servicio al Cliente de SFHP Care Plus o su administrador de atención.

A6. Usar el servicio de pedidos por correo para obtener sus medicamentos

Para ciertos tipos de medicamentos, puede usar el servicio de pedidos por correo de la red de nuestro plan. Generalmente, los medicamentos disponibles a través de pedidos



Si tiene preguntas, llame a SFHP Care Plus al 1(833) 530-7327 (TTY: 711).

Estamos disponibles de 8:00am a 8:00pm, los siete días de la semana de octubre a marzo; cerrados los sábados y domingos de abril a septiembre. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite sfhp.org/careplus-members.

por correo son medicamentos que toma regularmente para una afección médica crónica o a largo plazo. Los medicamentos que **no** están disponibles a través del servicio de pedidos por correo de nuestro plan están marcados con “NM” en nuestra *Lista de medicamentos*.

El servicio de pedidos por correo de nuestro plan requiere que solicite un suministro para 100 días. Un suministro de 100 días tiene el mismo copago que un suministro de un mes.

Surtir recetas por correo

Para obtener información sobre cómo surtir sus recetas por correo, comuníquese con Servicio al Cliente de SFHP Care Plus o con su administrador de atención.

Por lo general, una receta por correo llega dentro de 7-14 días. Si su receta se retrasa, comuníquese con Servicio al Cliente de SFHP Care Plus o con su administrador de atención.

Procesos de pedidos por correo

El servicio de pedidos por correo tiene diferentes procedimientos para las nuevas recetas que recibe de usted, las nuevas recetas que recibe directamente del consultorio de su proveedor y los resurtidos de sus recetas de pedido por correo.

1. Nuevas recetas que la farmacia recibe de usted

La farmacia surte y entrega automáticamente las nuevas recetas que recibe de usted.

2. Nuevas recetas que la farmacia recibe del consultorio de su proveedor

La farmacia surte y entrega automáticamente las nuevas recetas que recibe de los proveedores de atención médica, sin consultar con usted primero, si:

- Utilizó servicios de pedidos por correo con nuestro plan en el pasado, o
- Se inscribe para la entrega automática de todas las recetas nuevas que recibe directamente de los proveedores de atención médica. Puede solicitar la entrega automática de todas las nuevas recetas ahora o en cualquier momento comunicándose con su farmacia. Si tiene dificultades y necesita ayuda, comuníquese con Servicio al Cliente de SFHP Care Plus o con su administrador de atención al número de teléfono que figura al final de esta página.

Si utilizó los servicios de pedidos por correo anteriormente y no desea que la farmacia surta y envíe automáticamente cada nueva receta, comuníquese con nosotros llamando a Servicio al Cliente de SFHP Care Plus o a su administrador de atención.

Si nunca usó nuestra entrega de pedidos por correo y/o decide detener los surtidos automáticos de nuevas recetas, la farmacia se comunica con usted



Si tiene preguntas, llame a SFHP Care Plus al 1(833) 530-7327 (TTY: 711).

Estamos disponibles de 8:00am a 8:00pm, los siete días de la semana de octubre a marzo; cerrados los sábados y domingos de abril a septiembre. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite sfhp.org/careplus-members.

cada vez que recibe una nueva receta de un proveedor de atención médica para averiguar si desea surtir y enviar el medicamento de inmediato.

- Esto le da la oportunidad de asegurarse de que la farmacia esté entregando el medicamento correcto (incluida la concentración, la cantidad y la forma) y, si es necesario, le permite cancelar o retrasar el pedido antes de que se envíe.
- Responda cada vez que la farmacia se comuniquen con usted, para informarles qué hacer con la nueva receta y evitar demoras en el envío.

Para excluirse de las entregas automáticas de nuevas recetas que reciba directamente del consultorio de su proveedor de atención médica, comuníquese con nosotros llamando a Servicio al Cliente de SFHP Care Plus o a su administrador de atención.

3. Resurtidos de recetas por correo

Para resurtir sus medicamentos, tiene la opción de inscribirse en un programa de resurtido automático. Bajo este programa, comenzamos a procesar su próximo resurtido automáticamente cuando nuestros registros muestran que debería estar cerca de quedarse sin su medicamento.

- La farmacia se comunica con usted antes de enviar cada resurtido para asegurarse de que necesite más medicamentos, y puede cancelar los resurtidos programados si tiene suficientes medicamentos o si su medicamento ha cambiado.
- Si elige no usar nuestro programa de resurtido automático, comuníquese con su farmacia 14 días antes de que se agote su receta actual para asegurarse de que su próximo pedido se le envíe a tiempo.

Para no participar en el programa que prepara automáticamente resurtidos de pedidos por correo, comuníquese con nosotros llamando a Servicio al Cliente de SFHP Care Plus o a su administrador de atención.

Informe a la farmacia sobre las mejores formas de comunicarse con usted para que puedan comunicarse con usted para confirmar su pedido antes del envío. Para proporcionar sus preferencias de comunicación, comuníquese con el Servicio de Asistencia de Farmacia de SFHP Care Plus al 1(877) 391-9293 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

A7. Obtener un suministro de medicamentos a largo plazo

Puede obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento en la *Lista de medicamentos* de nuestro plan. Los medicamentos de mantenimiento son medicamentos que toma regularmente, para una afección médica crónica o a largo plazo.



Si tiene preguntas, llame a SFHP Care Plus al 1(833) 530-7327 (TTY: 711).

Estamos disponibles de 8:00am a 8:00pm, los siete días de la semana de octubre a marzo; cerrados los sábados y domingos de abril a septiembre. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite sfhp.org/careplus-members.

Para determinados tipos de medicamentos, puede utilizar los servicios de pedidos por correo de la red de nuestro plan para obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. Consulte la **Sección A6: Usar el servicio de pedidos por correo para obtener sus medicamentos** para obtener información sobre los servicios de pedidos por correo.

A8. Usar una farmacia que no esté en la red de nuestro plan

Por lo general, pagamos los medicamentos surtidos en una farmacia fuera de la red solo cuando no puede usar una farmacia de la red. Tenemos farmacias de la red fuera de nuestra área de servicio donde puede surtir recetas como miembro de nuestro plan. En estos casos, consulte primero con su administrador de atención o con el Servicio al Cliente de SFHP Care Plus para averiguar si hay una farmacia de la red cerca.

Pagamos las recetas surtidas en una farmacia fuera de la red en los siguientes casos:

- No puede obtener un medicamento recetado cubierto de manera oportuna dentro de nuestra área de servicio porque una farmacia de la red no está disponible o no está operativa. (Por ejemplo, una farmacia de la red que brinda servicio las 24 horas no está disponible a una distancia razonable en automóvil).
- Está surtiendo una receta para un medicamento cubierto que no se almacena regularmente en una farmacia accesible de la red. (Por ejemplo, un medicamento especializado). Viaja fuera del área de servicio (dentro de los Estados Unidos) y se queda sin su medicamento, o si pierde su medicamento, o si se enferma y no puede acceder a una farmacia de la red.
- El medicamento recetado es para una emergencia médica o atención de urgencia, cuando las farmacias de la red no están disponibles.
- Está surtiendo una receta durante un desastre federal declarado o una emergencia de salud pública en la que es evacuado o desplazado de su hogar y no puede acceder a una farmacia de la red.

A9. Reembolsarle por una receta

Si debe usar una farmacia fuera de la red, generalmente debe pagar el costo total en lugar de un copago cuando reciba su receta. Puede pedirnos que le devolvamos el dinero.

Si paga el costo total de su receta que puede estar cubierta por Medi-Cal Rx, es posible que la farmacia le reembolse una vez que Medi-Cal Rx pague la receta.

Alternativamente, puede pedirle a Medi-Cal Rx que le devuelva el dinero presentando el reclamo de “Reembolso de gastos de bolsillo de Medi-Cal (Conlan)”. Puede encontrar más información en el sitio web de Medi-Cal Rx: medi-calrx.dhcs.ca.gov/home.

Para obtener más información sobre las farmacias que utilizan el servicio de pedidos por correo, consulte el **Capítulo 7** del *Manual del miembro*.



Si tiene preguntas, llame a SFHP Care Plus al 1(833) 530-7327 (TTY: 711).

Estamos disponibles de 8:00am a 8:00pm, los siete días de la semana de octubre a marzo; cerrados los sábados y domingos de abril a septiembre. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite sfhp.org/careplus-members.

B. Lista de medicamentos de nuestro plan

Tenemos una *Lista de medicamentos cubiertos*. La llamamos “*Lista de medicamentos*” para abreviar.

Seleccionamos los medicamentos de la *Lista de medicamentos* con la ayuda de un equipo de médicos y farmacéuticos. La *Lista de medicamentos* también le indica las reglas que debe seguir para obtener sus medicamentos.

Por lo general, cubrimos un medicamento en la *Lista de medicamentos* de nuestro plan cuando sigue las reglas que explicamos en este capítulo.

B1. Medicamentos en nuestra *Lista de medicamentos*

Nuestra *Lista de medicamentos* incluye medicamentos cubiertos por Medicare Part D.

La mayoría de los medicamentos que obtiene de una farmacia están cubiertos por el plan. Otros medicamentos, como algunos medicamentos de venta libre (OTC) y ciertas vitaminas, pueden estar cubiertos por Medi-Cal Rx. Visite el sitio web de Medi-Cal Rx (medi-calrx.dhcs.ca.gov) para obtener más información. También puede llamar al Centro de Servicio al Cliente de Medi-Cal Rx, al 1-800-977-2273. Traiga su Tarjeta de identificación de beneficiario (BIC) de Medi-Cal cuando obtenga recetas a través de Medi-Cal Rx.

Nuestra *Lista de medicamentos* incluye medicamentos de marca, medicamentos genéricos y productos biológicos (que pueden incluir biosimilares).

Un medicamento de marca es un medicamento que se vende bajo un nombre de marca registrada propiedad del fabricante del medicamento. Los biofármacos son medicamentos más complejos que los medicamentos tradicionales. En nuestra *Lista de medicamentos*, el término “medicamentos” puede referirse a un medicamento o a un producto biológico.

Los medicamentos genéricos tienen los mismos ingredientes activos que los medicamentos de marca. Los productos biológicos tienen alternativas llamadas biosimilares. En general, los medicamentos genéricos y los biosimilares funcionan tan bien como los medicamentos de marca o los productos biológicos originales y, por lo general, cuestan menos. Hay sustitutos genéricos de medicamentos disponibles para muchos medicamentos de marca y alternativas biosimilares para algunos productos biológicos originales. Algunos biosimilares son biosimilares intercambiables y, de acuerdo con las leyes estatales, pueden ser sustituidos por el producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta, al igual que los medicamentos genéricos pueden ser sustituidos por medicamentos de marca.

Consulte el **Capítulo 12** para conocer las definiciones de los tipos de medicamentos que pueden estar en la *Lista de medicamentos*.



Si tiene preguntas, llame a SFHP Care Plus al 1(833) 530-7327 (TTY: 711).

Estamos disponibles de 8:00am a 8:00pm, los siete días de la semana de octubre a marzo; cerrados los sábados y domingos de abril a septiembre. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite sfhp.org/careplus-members.

B2. Cómo puedo encontrar un medicamento en la *Lista de medicamentos*

Para saber si un medicamento que toma está en nuestra *Lista de medicamentos*, puede:

- Visitar el sitio web de nuestro plan en sfhp.org/careplus-members. La *Lista de Medicamentos* en nuestro sitio web es siempre la más actualizada.
- Llamar a su administrador de atención o a Servicio al Cliente de SFHP Care Plus para averiguar si un medicamento está en nuestra *Lista de medicamentos* o para solicitar una copia de la lista.
- Los medicamentos que no están cubiertos por la Part D pueden estar cubiertos por Medi-Cal Rx. Visite el sitio web de Medi-Cal Rx (medi-calrx.dhcs.ca.gov) para obtener más información.
- Use nuestra “Herramienta de beneficios en tiempo real” en sfhp.org/careplus-members para buscar medicamentos en la *Lista de medicamentos* para obtener una estimación de lo que pagará y si hay medicamentos alternativos en la *Lista de medicamentos* que podrían tratar la misma afección. También puede llamar a su administrador de atención o a Servicio al Cliente de SFHP Care Plus.

B3. Medicamentos que no están en nuestra *Lista de medicamentos*

No cubrimos todos los medicamentos.

- Algunos medicamentos no están en nuestra *Lista de medicamentos* porque la ley no nos permite cubrir esos medicamentos.
- En otros casos, decidimos no incluir un medicamento en nuestra *Lista de medicamentos*.
- En algunos casos, es posible que pueda obtener un medicamento que no está en nuestra *Lista de medicamentos*. Para obtener más información, consulte el **Capítulo 9**.

Nuestro plan no paga los tipos de medicamentos descritos en esta sección. Estos se denominan **medicamentos excluidos**. Si obtiene una receta para un medicamento excluido, es posible que deba pagarlo usted mismo. Si cree que debemos pagar por un medicamento excluido debido a su caso, puede presentar una apelación. Consulte el **Capítulo 9** de este *Manual del miembro* para obtener más información sobre apelaciones.

Aquí hay tres reglas generales para los medicamentos excluidos:

1. La cobertura de medicamentos para pacientes ambulatorios de nuestro plan (que incluye Medicare Part D) no puede pagar un medicamento que Medicare Part A o Medicare Part B ya cubren. Nuestro plan cubre los medicamentos cubiertos por



Si tiene preguntas, llame a SFHP Care Plus al 1(833) 530-7327 (TTY: 711).

Estamos disponibles de 8:00am a 8:00pm, los siete días de la semana de octubre a marzo; cerrados los sábados y domingos de abril a septiembre. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite sfhp.org/careplus-members.

Medicare Part A o Medicare Part B de forma gratuita, pero estos medicamentos no se consideran parte de sus beneficios de medicamentos para pacientes ambulatorios.

2. Nuestro plan no puede cubrir un medicamento comprado fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
3. El uso del medicamento debe estar aprobado por la FDA o respaldado por ciertas referencias médicas como tratamiento para su afección. Su médico u otro proveedor puede recetarle un determinado medicamento para tratar su afección, aunque no haya sido aprobado para tratar la afección. Esto se llama “uso fuera de etiqueta”. Por lo general, nuestro plan no cubre los medicamentos recetados para uso fuera de lo indicado en la etiqueta.

Además, por ley, Medicare o Medi-Cal no pueden cubrir los tipos de medicamentos indicados abajo.

- Medicamentos utilizados para estimular la fertilidad
- Medicamentos utilizados para aliviar la tos o los síntomas del resfriado*
- Medicamentos con fines cosméticos o para estimular el crecimiento del cabello
- Vitaminas y productos minerales con receta, excepto las vitaminas prenatales y los preparados con flúor*
- Medicamentos utilizados para el tratamiento de disfunción sexual o eréctil
- Medicamentos para el tratamiento de la anorexia, pérdida de peso o aumento de peso*
- Medicamentos para pacientes ambulatorios fabricados por una compañía que dice que solo ellos deben hacerle pruebas o prestarle los servicios

*Es posible que algunos productos estén cubiertos por Medi-Cal. Visite el sitio web de Medi-Cal Rx (www.medi-calrx.dhcs.ca.gov) para obtener más información.

B4. Niveles de costos compartidos de la *Lista de medicamentos*

Cada medicamento en nuestra *Lista de medicamentos* está en uno de los seis (6) niveles. Un nivel es un grupo de medicamentos generalmente del mismo tipo (por ejemplo, medicamentos de marca, genéricos o de venta libre).

- Los medicamentos del Nivel 1 son medicamentos genéricos preferidos.
- Los medicamentos del Nivel 2 son medicamentos genéricos.
- Los medicamentos de Nivel 3 son medicamentos de marca preferidos.
- Los medicamentos de Nivel 4 son medicamentos de marca.



Si tiene preguntas, llame a SFHP Care Plus al 1(833) 530-7327 (TTY: 711).

Estamos disponibles de 8:00am a 8:00pm, los siete días de la semana de octubre a marzo; cerrados los sábados y domingos de abril a septiembre. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite sfhp.org/careplus-members.

- Los medicamentos del Nivel 5 son medicamentos de especialidad.
- Los medicamentos del Nivel 6 son medicamentos genéricos preferidos que ayudan a controlar afecciones crónicas específicas.

Para saber en qué nivel de costo compartido se encuentra su medicamento, busque el medicamento en nuestra *Lista de medicamentos*.

El **Capítulo 6** de este *Manual del miembro* indica la cantidad que paga por los medicamentos en cada nivel.

C. Límites en algunos medicamentos

Para ciertos medicamentos, las reglas especiales limitan cómo y cuándo los cubre nuestro plan. En general, nuestras reglas lo alientan a obtener un medicamento que funcione para su afección médica y que sea seguro y eficaz. Cuando un medicamento seguro y de menor costo funciona tan bien como un medicamento de mayor costo, esperamos que su proveedor le recete el medicamento de menor costo.

Tenga en cuenta que a veces un medicamento puede aparecer más de una vez en nuestra *Lista de medicamentos*. Esto se debe a que los mismos medicamentos pueden diferir según la concentración, la cantidad o la forma del medicamento recetado por su proveedor, y se pueden aplicar diferentes restricciones a las diferentes versiones de los medicamentos (por ejemplo, 10 mg versus 100 mg; uno por día versus dos por día; tableta versus líquido).

Si hay una regla especial para su medicamento, generalmente significa que usted o su proveedor deben tomar medidas adicionales para que cubramos el medicamento. Por ejemplo, es posible que su proveedor tenga que informarnos su diagnóstico o proporcionar primero los resultados de los análisis de sangre. Si usted o su proveedor creen que nuestra regla no debería aplicarse a su situación, pídanos que usemos el proceso de decisión de cobertura para hacer una excepción. Podemos o no aceptar permitirle usar el medicamento sin tomar medidas adicionales.

Para obtener más información sobre cómo pedir una excepción, consulte el **Capítulo 9** del *Manual del miembro*.

1. Limitar el uso de un medicamento de marca o productos biológicos originales cuando, respectivamente, esté disponible una versión genérica o biosimilar intercambiable

Generalmente, un medicamento genérico o un biosimilar intercambiable funciona igual que un medicamento de marca o un producto biológico original y, por lo general, cuesta menos. En la mayoría de los casos, si hay una versión biosimilar genérica o intercambiable de un medicamento de marca o



Si tiene preguntas, llame a SFHP Care Plus al 1(833) 530-7327 (TTY: 711).

Estamos disponibles de 8:00am a 8:00pm, los siete días de la semana de octubre a marzo; cerrados los sábados y domingos de abril a septiembre. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite sfhp.org/careplus-members.

un producto biológico original disponible, nuestras farmacias de la red le ofrecen la versión biosimilar genérica o intercambiable.

- Por lo general, no pagamos por el medicamento de marca o el producto biológico original cuando hay una versión genérica disponible.
- Sin embargo, si su proveedor nos dijo la razón médica por la que el biosimilar genérico o intercambiable no funcionará para usted o escribió “Sin sustituciones” en su receta para un producto biológico original de marca o nos dijo la razón médica por la que el medicamento genérico, el biosimilar intercambiable u otros medicamentos cubiertos que tratan la misma afección no funcionarán para usted, entonces cubrimos el medicamento de marca.

2. Obtener la aprobación del plan por adelantado

Para algunos medicamentos, usted o su médico deben obtener la aprobación de nuestro plan antes de surtir su receta. Esto se conoce como autorización previa. Esto se implementa para garantizar la seguridad de los medicamentos y ayudar a guiar el uso adecuado de ciertos medicamentos. Si no obtiene la aprobación, es posible que no cubramos el medicamento. Llame a Servicio al Cliente al número que se encuentra en la parte inferior de la página o en nuestro sitio web en sfhp.org/for-members/care-plus/benefits/pharmacy-services para obtener más información sobre la autorización previa.

3. Probar primero un medicamento diferente

En general, queremos que pruebe medicamentos de menor costo que sean tan efectivos antes de cubrir los medicamentos que cuestan más. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B tratan la misma afección médica, y el medicamento A cuesta menos que el medicamento B, es posible que le solicitemos que pruebe primero el medicamento A.

Si el medicamento A **no** funciona para usted, cubrimos el medicamento B. Esto se llama terapia escalonada. Llame a Servicio al Cliente al número que aparece en la parte inferior de la página o en nuestro sitio web al sfhp.org/for-members/care-plus/benefits/pharmacy-services para obtener más información sobre la terapia escalonada.

4. Límites de cantidad

Para algunos medicamentos, limitamos la cantidad del medicamento que puede tomar. Esto se denomina límite de cantidad. Por ejemplo, si normalmente se considera seguro tomar solo una pastilla por día para un determinado medicamento, podríamos limitar la cantidad de un medicamento que puede obtener cada vez que surta su receta.



Si tiene preguntas, llame a SFHP Care Plus al 1(833) 530-7327 (TTY: 711).

Estamos disponibles de 8:00am a 8:00pm, los siete días de la semana de octubre a marzo; cerrados los sábados y domingos de abril a septiembre. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite sfhp.org/careplus-members.

Para saber si alguna de las reglas anteriores se aplica a un medicamento que toma o desea tomar, consulte nuestra *Lista de medicamentos*. Para obtener la información más actualizada, llame a Servicio al Cliente de SFHP Care Plus o visite nuestro sitio web en sfhp.org/careplus-members. Si no está de acuerdo con nuestra decisión de cobertura basada en cualquiera de las razones anteriores, puede solicitar una apelación. Consulte el **Capítulo 9** de este *Manual del miembro*.

D. Razones por las que su medicamento podría no estar cubierto

Tratamos de hacer que su cobertura de medicamentos funcione bien para usted, pero a veces es posible que un medicamento no esté cubierto de la manera que le gustaría. Por ejemplo:

- Nuestro plan no cubre el medicamento que desea tomar. Es posible que el medicamento no esté en nuestra *lista de medicamentos*. Podemos cubrir una versión genérica del medicamento, pero no la versión de marca que desea tomar. Un medicamento puede ser nuevo y aún no hemos revisado su seguridad y eficacia.
- Nuestro plan cubre el medicamento, pero existen reglas especiales o límites en la cobertura. Como se explicó en la sección anterior, **C. Límites en algunos medicamentos**, algunos medicamentos que cubre nuestro plan tienen reglas que limitan su uso. En algunos casos, es posible que usted o su médico quieran solicitarnos una excepción.

Hay cosas que puede hacer si no cubrimos un medicamento de la manera que usted quiere que lo cubramos.

D1. Obtener un suministro temporal

En algunos casos, podemos darle un suministro temporal de un medicamento cuando el medicamento no está en nuestra *Lista de medicamentos* o está limitado de alguna manera. Esto le da tiempo para hablar con su proveedor sobre la posibilidad de obtener un medicamento diferente o para pedirnos que cubramos el medicamento.

Para obtener un suministro temporal de un medicamento, debe cumplir con las dos reglas a continuación:

1. El medicamento que ha estado tomando:
 - ya no está en nuestra *Lista de medicamentos* o
 - nunca estuvo en nuestra *Lista de medicamentos* o
 - ahora está limitado de alguna manera.



Si tiene preguntas, llame a SFHP Care Plus al 1(833) 530-7327 (TTY: 711).

Estamos disponibles de 8:00am a 8:00pm, los siete días de la semana de octubre a marzo; cerrados los sábados y domingos de abril a septiembre. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite sfhp.org/careplus-members.

2. Debe estar en una de estas situaciones:

- Estuvo en nuestro plan el año pasado.
 - Cubrimos un suministro temporal de su medicamento **durante los primeros 90 días del año calendario.**
 - Este suministro temporal es de hasta 30 días.
 - Si su receta está escrita para menos días, permitiremos múltiples resurtidos para proporcionar hasta un máximo de 30 días de medicamento. Debe surtir la receta en una farmacia de la red.
 - Las farmacias de atención a largo plazo pueden proporcionar su medicamento en pequeñas cantidades a la vez para evitar el desperdicio.
- Es nuevo en nuestro plan.
 - Cubrimos un suministro temporal de su medicamento **durante los primeros 90 días de su membresía en nuestro plan.**
 - Este suministro temporal es de hasta 30 días.
 - Si su receta está escrita para menos días, permitiremos múltiples resurtidos para proporcionar hasta un máximo de 30 días de medicamento. Debe surtir la receta en una farmacia de la red.
 - Las farmacias de atención a largo plazo pueden proporcionar su medicamento en pequeñas cantidades a la vez para evitar el desperdicio.
- Si ha estado en el plan por más de 90 días, vive en un centro de atención a largo plazo y necesita un suministro de inmediato:
 - Cubrimos un suministro para 31 días, o menos si su receta está escrita para menos días. Esto se suma al suministro temporal anterior.
- Si usted es un miembro actual que se está moviendo de un entorno de tratamiento a otro, esto se denomina Cambio en el nivel de atención. Los ejemplos incluyen:
 - Ingreso a un centro de atención a largo plazo desde un hospital de cuidados intensivos
 - Alta hospitalaria para ir a casa
 - Finalización de una estadía en enfermería especializada de la Part A con reversión a la cobertura de la Part D



Si tiene preguntas, llame a SFHP Care Plus al 1(833) 530-7327 (TTY: 711).

Estamos disponibles de 8:00am a 8:00pm, los siete días de la semana de octubre a marzo; cerrados los sábados y domingos de abril a septiembre. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite sfhp.org/careplus-members.

- Renuncia al estado de hospicio para volver a los beneficios estándar de la Part A y la Part B
- Finalización de su estadía en un centro de atención a largo plazo y regresar a la comunidad
- Alta de un hospital psiquiátrico
- Si tiene un Cambio en su nivel de atención, por cada uno de los medicamentos que no está incluido en nuestra Lista de medicamentos, o si su capacidad para obtenerlos es limitada, cubriremos un suministro temporal para 30 días cuando acuda a una farmacia de la red. Luego de proporcionarle el primer suministro para 30 días, no pagaremos estos medicamentos. En estos casos, tiene dos opciones:
 - Solicite a Servicio al Cliente de SFHP Care Plus una lista de medicamentos como el que desea tomar. Luego, muestre la lista a su médico o a otro profesional que recete. Pueden recetarle un medicamento de la Lista de medicamentos que sea similar al que usted desea tomar, o
 - Puede solicitarle a SFHP Care Plus que haga una excepción y cubra el medicamento. Consulte la **Sección D3** para obtener más información sobre las excepciones.

D2. Solicitar un suministro temporal

Para solicitar un suministro temporal de un medicamento, llame a Servicio al Cliente de SFHP Care Plus.

Cuando reciba un suministro temporal de un medicamento, hable con su proveedor lo antes posible para decidir qué hacer cuando se agote su suministro. Estas son sus opciones:

- Cambiar a otro medicamento.

Nuestro plan puede cubrir un medicamento diferente que funcione para usted. Llame a Servicio al Cliente de SFHP Care Plus para solicitar una lista de medicamentos que cubrimos que tratan la misma afección médica. La lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que pueda funcionar para usted.

O BIEN

- Solicitar una excepción.



Si tiene preguntas, llame a SFHP Care Plus al 1(833) 530-7327 (TTY: 711).

Estamos disponibles de 8:00am a 8:00pm, los siete días de la semana de octubre a marzo; cerrados los sábados y domingos de abril a septiembre. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite sfhp.org/careplus-members.

Usted y su proveedor pueden pedirnos que hagamos una excepción. Por ejemplo, puede pedirnos que cubramos un medicamento que no está en nuestra *Lista de medicamentos* o pedirnos que cubramos el medicamento sin límites. Si su proveedor dice que tiene una buena razón médica para una excepción, puede ayudarlo a solicitar una.

E. Cambios en la cobertura de sus medicamentos

La mayoría de los cambios en la cobertura de medicamentos ocurren el 1 de enero, pero podemos agregar o eliminar medicamentos de nuestra *Lista de medicamentos* durante el año. También podemos cambiar nuestras reglas sobre los medicamentos. Por ejemplo, podemos:

- Decidir si se requiere o no la aprobación previa para un medicamento (permiso de nuestra parte antes de que pueda obtener un medicamento).
- Agregar o cambiar la cantidad de un medicamento que puede obtener (límites de cantidad).
- Agregar o cambiar las restricciones de terapia escalonada en un medicamento (debe probar un medicamento antes de que cubramos otro).
- Reemplazar un producto biológico original con una versión biosimilar intercambiable del producto biológico.

Debemos seguir los requisitos de Medicare antes de cambiar la *Lista de medicamentos de nuestro plan*. Para obtener más información sobre estas reglas de medicamentos, consulte la **Sección C**.

Si está tomando un medicamento que estaba cubierto **a principios** de año, por lo general no eliminaremos ni cambiaremos la cobertura de ese medicamento **durante el resto del año**, a menos que:

- salga al mercado un medicamento nuevo y más barato que funcione igual de bien que un medicamento que ya está en la *Lista de medicamentos*, o
- nos enteremos de que un medicamento no es seguro, o
- un medicamento se retire del mercado.

¿Qué sucede si cambia la cobertura de un medicamento que está tomando?

Para obtener más información sobre lo que sucede cuando cambia nuestra *Lista de medicamentos*, siempre puede:



Si tiene preguntas, llame a SFHP Care Plus al 1(833) 530-7327 (TTY: 711).

Estamos disponibles de 8:00am a 8:00pm, los siete días de la semana de octubre a marzo; cerrados los sábados y domingos de abril a septiembre. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite sfhp.org/careplus-members.

- Consultar nuestra *Lista de medicamentos* actual en línea en sfhp.org/careplus-members o
- Llamar a Servicio al Cliente de SFHP Care Plus a los números que aparecen en la parte inferior de la página para consultar nuestra *Lista de medicamentos* actual.

Cambios que podemos hacer a la *Lista de medicamentos* que lo afectan durante el año del plan actual

Algunos cambios en la *Lista de medicamentos* se realizarán de inmediato. Por ejemplo:

Un nuevo medicamento genérico está disponible. A veces, un nuevo medicamento genérico o biosimilar sale al mercado que funciona tan bien como un medicamento de marca o un producto biológico original en la *Lista de medicamentos* ahora. Cuando eso sucede, podemos eliminar el medicamento de marca y agregar el nuevo medicamento genérico, pero el costo del nuevo medicamento seguirá siendo el mismo o será menor. Cuando agregamos el nuevo medicamento genérico, también podemos decidir mantener el medicamento de marca en la lista, pero cambiar sus reglas o límites de cobertura.

- Es posible que no le informemos sobre dicho cambio con antelación, pero le enviaremos información sobre el cambio específico realizado luego de su aplicación.
- Usted o su proveedor pueden solicitar una excepción a dichos cambios. Le enviaremos una notificación con los pasos que debe tomar para solicitar una excepción. Consulte el **Capítulo 9** del Manual del miembro para obtener más información.

Eliminar los medicamentos peligrosos y otros medicamentos que se retiran del mercado. En ocasiones, un medicamento puede ser considerado peligroso o ser retirado del mercado por alguna otra razón. Si esto sucede, podemos retirarlo inmediatamente de la *Lista de medicamentos*. Si está tomando el medicamento, le enviaremos un aviso después de realizar el cambio. Si está tomando el medicamento, les enviaremos a usted y a la persona que receta un aviso después de realizar el cambio. Puede trabajar con su médico u otra persona que recete para encontrar otro medicamento para su afección. Comuníquese con su médico u otra persona que recete si necesita ayuda para encontrar otro medicamento. Puede llamar a su administrador de atención o a Servicio al Cliente de SFHP Care Plus para obtener más información.



Si tiene preguntas, llame a SFHP Care Plus al 1(833) 530-7327 (TTY: 711).

Estamos disponibles de 8:00am a 8:00pm, los siete días de la semana de octubre a marzo; cerrados los sábados y domingos de abril a septiembre. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite sfhp.org/careplus-members.

Es posible que realicemos otros cambios que afecten los medicamentos que toma. Le informaremos con antelación sobre estos otros cambios a la *Lista de medicamentos*. Estos cambios pueden ocurrir si:

- La FDA proporciona nuevas directrices o hay nuevas pautas clínicas acerca de un medicamento.

Cuando se produzcan estos cambios, haremos lo siguiente:

- Le informaremos al menos 30 días antes de que realicemos el cambio en la *Lista de medicamentos*; o
- Le informaremos y daremos un suministro para 30 días del medicamento luego de solicitar su resurtido.

Esto le dará tiempo para hablar con su médico u otro profesional que receta. Ellos pueden ayudarle a decidir:

- si hay un medicamento similar en la *Lista de medicamentos* que puede tomar en su lugar, o
- si debe solicitar una excepción a estos cambios para continuar cubriendo el medicamento o la versión del medicamento que ha estado tomando. Para obtener más información sobre cómo pedir una excepción, consulte el **Capítulo 9** del *Manual del miembro*.

Cambios en la *Lista de medicamentos* que no lo afectan durante este año del plan

Es posible que hagamos cambios en los medicamentos que toma que no se describen anteriormente y que no lo afecten ahora. Para tales cambios, si está tomando un medicamento que cubrimos **a principios** de año, por lo general no eliminamos ni cambiamos la cobertura de ese medicamento **durante el resto del año**.

Por ejemplo, si eliminamos un medicamento que está tomando o limitamos su uso, entonces el cambio no afecta su uso del medicamento ni lo que paga por el resto del año.

Si ocurre alguno de estos cambios para un medicamento que está tomando (excepto los cambios indicados en la sección anterior), el cambio no afectará su uso hasta el 1 de enero del próximo año.

No le informaremos directamente sobre este tipo de cambios durante el año en curso. Deberá consultar la *Lista de medicamentos* para el próximo año del plan (cuando la lista esté disponible durante el período de inscripción abierta) para ver si hay algún cambio que lo afecte durante el próximo año del plan.



Si tiene preguntas, llame a SFHP Care Plus al 1(833) 530-7327 (TTY: 711).

Estamos disponibles de 8:00am a 8:00pm, los siete días de la semana de octubre a marzo; cerrados los sábados y domingos de abril a septiembre. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite sfhp.org/careplus-members.

F. Cobertura de medicamentos en casos especiales

F1. En un hospital o un centro de enfermería especializada para una estadía que cubre nuestro plan

Si es admitido en un hospital o centro de enfermería especializada para una estadía que cubre nuestro plan, generalmente cubrimos el costo de sus medicamentos durante su estadía. No pagará un copago. Una vez que salga del hospital o centro de enfermería especializada, cubrimos sus medicamentos siempre que cumplan con todas nuestras reglas de cobertura.

F2. En un centro de atención a largo plazo

Por lo general, un centro de atención a largo plazo, como un centro de enfermería, tiene su propia farmacia o una farmacia que suministra medicamentos para todos sus residentes. Si vive en un centro de atención a largo plazo, puede obtener sus medicamentos a través de la farmacia del centro si es parte de nuestra red.

Consulte su *Directorio de proveedores y farmacias* para averiguar si la farmacia de su centro de atención a largo plazo es parte de nuestra red. Si no es así o si necesita más información, comuníquese con Servicio al Cliente de SFHP Care Plus.

F3. En un programa de centro de cuidados paliativos certificado por Medicare

Los medicamentos nunca están cubiertos por el centro de cuidados paliativos y nuestro plan al mismo tiempo.

- Es posible que esté inscrito en un centro de cuidados paliativos de Medicare y requiera ciertos medicamentos (p. ej., analgésicos, medicamentos contra las náuseas, laxantes o ansiolíticos) que su centro de cuidados paliativos no cubre porque no está relacionado con su pronóstico y afecciones terminales. En ese caso, nuestro plan debe recibir una notificación del médico o de su proveedor de cuidados paliativos de que el medicamento no está relacionado antes de que podamos cubrirlo.
- Para evitar demoras en la obtención de cualquier medicamento no relacionado que nuestro plan deba cubrir, puede pedirle a su proveedor de cuidados paliativos o a la persona que receta que se asegure de que tengamos la notificación de que el medicamento no está relacionado antes de pedirle a una farmacia que surta su receta.

Si deja el centro de cuidados paliativos, nuestro plan cubre todos sus medicamentos. Para evitar demoras en una farmacia cuando finalice su beneficio de centro de cuidados paliativos de Medicare, lleve la documentación a la farmacia para verificar que dejó el centro de cuidados paliativos.



Si tiene preguntas, llame a SFHP Care Plus al 1(833) 530-7327 (TTY: 711).

Estamos disponibles de 8:00am a 8:00pm, los siete días de la semana de octubre a marzo; cerrados los sábados y domingos de abril a septiembre. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite sfhp.org/careplus-members.

Consulte las partes anteriores de este capítulo que hablan sobre los medicamentos que cubre nuestro plan. Consulte el **Capítulo 4** de este *Manual del miembro* para obtener más información sobre el beneficio de centro de cuidados paliativos.

G. Programas sobre la seguridad y el manejo de medicamentos

G1. Programas para ayudarle a usar medicamentos de forma segura

Cada vez que surte una receta, buscamos posibles problemas, como errores de medicamentos o medicamentos que:

- pueden no ser necesarios porque toma otro medicamento similar que hace lo mismo
- pueden no ser seguros para su edad o sexo
- podrían hacerle daño si los toma al mismo tiempo
- tienen ingredientes a los que es o puede ser alérgico
- puede haber un error en la cantidad (dosis)
- tiene cantidades peligrosas de analgésicos opioides

Si encontramos un posible problema en su uso de medicamentos, trabajamos con su proveedor para corregir el problema.

G2. Programas para ayudarle a manejar sus medicamentos

Nuestro plan tiene un programa para ayudar a los miembros con necesidades de salud complejas. En tales casos, puede ser elegible para obtener servicios, sin costo para usted, a través de un programa de Manejo de Terapia de Medicamentos (MTM). Este programa es voluntario y gratuito. Este programa lo ayuda a usted y a su proveedor a asegurarse de que sus medicamentos estén funcionando para mejorar su salud. Si califica para el programa, un farmacéutico u otro profesional de la salud le dará una revisión completa de todos sus medicamentos y hablará con usted sobre:

- cómo obtener el mayor beneficio de los medicamentos que toma
- cualquier inquietud que tenga, como costos de medicamentos y reacciones a medicamentos
- la mejor manera de tomar sus medicamentos
- cualquier pregunta o problema que tenga sobre su medicamento recetado y de venta libre



Si tiene preguntas, llame a SFHP Care Plus al 1(833) 530-7327 (TTY: 711).

Estamos disponibles de 8:00am a 8:00pm, los siete días de la semana de octubre a marzo; cerrados los sábados y domingos de abril a septiembre. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite sfhp.org/careplus-members.

Luego, le darán:

- Un resumen escrito de esta conversación. El resumen tiene un plan de acción de medicamentos que recomienda lo que puede hacer para el mejor uso de sus medicamentos.
- Una lista personal de medicamentos que incluye todos los medicamentos que toma, cuánto toma y cuándo y por qué los toma.
- Información sobre la eliminación segura de medicamentos recetados que son sustancias controladas.

Es una buena idea hablar con su médico sobre su plan de acción y lista de medicamentos.

- Lleve su plan de acción y lista de medicamentos a su visita o en cualquier momento que hable con sus médicos, farmacéuticos y otros proveedores de atención médica.
- Lleve su lista de medicamentos con usted si va al hospital o a la sala de emergencias.

Los programas de MTM son voluntarios y gratuitos para los miembros que califiquen. Si tenemos un programa que se ajusta a sus necesidades, lo inscribimos en el programa y le enviamos información. Si no desea participar en el programa, infórmenos y lo sacaremos del programa.

Si tiene alguna pregunta acerca de este aviso, comuníquese con Servicio al Cliente de SFHP Care Plus o con su administrador de atención.

G3. Programa de administración de medicamentos (DMP) para ayudar a los miembros a usar medicamentos opioides de manera segura

Tenemos un programa que ayuda a garantizar que los miembros usen de manera segura los opioides recetados y otros medicamentos de los que se abusa con frecuencia. Este programa se llama Programa de administración de medicamentos (DMP).

Si usa medicamentos opioides que obtiene de varios médicos o farmacias o si tuvo una sobredosis reciente de opioides, podemos hablar con sus médicos para asegurarnos de que su uso de medicamentos opioides sea apropiado y médicamente necesario. Trabajando con sus médicos, si decidimos que su uso de medicamentos opioides o benzodiacepinas recetados puede no ser seguro, podemos limitar la forma en que puede obtener esos medicamentos. Si lo colocamos en nuestro DMP, las limitaciones pueden incluir:

- Exigirle adquirir todas las recetas para esos medicamentos en determinada(s) farmacia(s)



Si tiene preguntas, llame a SFHP Care Plus al 1(833) 530-7327 (TTY: 711).

Estamos disponibles de 8:00am a 8:00pm, los siete días de la semana de octubre a marzo; cerrados los sábados y domingos de abril a septiembre. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite sfhp.org/careplus-members.

- Exigirle adquirir todos sus medicamentos opiáceos o con benzodiacepinas recetados de determinado(s) profesional(es)
- Limitar la cantidad de medicamentos opioides o benzodiacepinas que cubrimos para usted

Si planeamos limitar la forma en que obtiene estos medicamentos o la cantidad que puede obtener, le enviaremos una carta con anticipación. La carta le dirá si limitaremos la cobertura de estos medicamentos para usted o si se le pedirá que obtenga las recetas de estos medicamentos solo de un proveedor o farmacia específicos.

Tendrá la oportunidad de decirnos qué médicos o farmacias prefiere usar y cualquier información que considere importante que sepamos. Después de que haya tenido la oportunidad de responder, si decidimos limitar su cobertura para estos medicamentos, le enviaremos otra carta que confirme las limitaciones.

Si cree que cometimos un error, no está de acuerdo con nuestra decisión o la limitación, usted y su médico pueden presentar una apelación. Si apela, revisaremos su caso y le daremos una nueva decisión. Si continuamos denegando cualquier parte de su apelación relacionada con las limitaciones que se aplican a su acceso a los medicamentos, enviaremos automáticamente su caso a una Organización de revisión independiente (IRO). (Para obtener más información sobre las apelaciones y la IRO, consulte el **Capítulo 9** del *Manual del miembro*).

Es posible que el DMP no se aplique a usted si:

- tiene ciertas afecciones médicas, como cáncer o anemia de células falciformes,
- está recibiendo atención en un centro cuidados paliativos, cuidados paliativos o para el final de la vida, o
- vive en un centro de atención a largo plazo.



Si tiene preguntas, llame a SFHP Care Plus al 1(833) 530-7327 (TTY: 711).

Estamos disponibles de 8:00am a 8:00pm, los siete días de la semana de octubre a marzo; cerrados los sábados y domingos de abril a septiembre. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite sfhp.org/careplus-members.

Capítulo 6: Lo que paga por sus medicamentos de Medicare y Medi-Cal

Introducción

Este capítulo explica cuánto paga por sus medicamentos como paciente ambulatorio. Con el término “medicamentos”, nos referimos a:

- Medicamentos de Medicare Part D, y
- Medicamentos y artículos cubiertos por Medi-Cal Rx

Debido a que es elegible para Medi-Cal, recibe Extra Help de Medicare para ayudar a pagar sus medicamentos de Medicare Part D.

Extra Help es un programa de Medicare que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a reducir los costos de los medicamentos de Medicare Part D, como primas, deducibles y copagos. Extra Help también se denomina “Subsidio por bajos ingresos” o “LIS”.

Otros términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo del *Manual del miembro*.

Para obtener más información sobre los medicamentos, puede buscar en estos lugares:

- Nuestra *Lista de medicamentos cubiertos*.
 - La llamamos la “*Lista de medicamentos*”. Le indica:
 - qué medicamentos pagamos
 - en cuál de los 6 niveles se encuentra cada medicamento
 - si hay algún límite en los medicamentos
 - Si necesita una copia de nuestra *Lista de medicamentos*, llame a Servicio al Cliente de SFHP Care Plus. También puede encontrar la copia más actualizada de nuestra *Lista de medicamentos* en nuestro sitio web en sfhp.org/careplus-members.



Si tiene preguntas, llame a SFHP Care Plus al 1(833) 530-7327 (TTY: 711).

Estamos disponibles de 8:00am a 8:00pm, los siete días de la semana de octubre a marzo; cerrados los sábados y domingos de abril a septiembre. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite sfhp.org/careplus-members.

- La mayoría de los medicamentos que obtiene de una farmacia están cubiertos por SFHP Care Plus. Otros medicamentos, como algunos medicamentos de venta libre (OTC) y ciertas vitaminas, pueden estar cubiertos por Medi-Cal Rx. Visite el sitio web de Medi-Cal Rx (medi-calrx.dhcs.ca.gov) para obtener más información. También puede llamar al Centro de Servicio al Cliente de Medi-Cal Rx al 800-977-2273. Traiga su Tarjeta de identificación de beneficiario (BIC) de Medi-Cal cuando obtenga recetas a través de Medi-Cal Rx.
- El **Capítulo 5** de este *Manual del miembro*.
 - Explica cómo obtener sus medicamentos como paciente ambulatorio a través de nuestro plan.
 - Incluye reglas que debe seguir. También indica qué tipos de medicamentos no cubre nuestro plan.
 - Cuando usa la “Herramienta de beneficios en tiempo real” del plan para buscar cobertura de medicamentos (consulte el **Capítulo 5, Sección B2**), el costo que se muestra es una estimación de los costos de desembolso directo que se espera que pague. Puede llamar a su administrador de atención o a Servicio al Cliente de SFHP Care Plus para obtener más información.
- Nuestro *Directorio de proveedores y farmacias*.
 - En la mayoría de los casos, debe usar una farmacia de la red para obtener sus medicamentos cubiertos. Las farmacias de la red son farmacias que aceptan trabajar con nosotros.
 - El *Directorio de proveedores y farmacias* enumera las farmacias de nuestra red. Consulte el **Capítulo 5** de este *Manual del miembro* para obtener más información sobre las farmacias de la red.



Si tiene preguntas, llame a SFHP Care Plus al 1(833) 530-7327 (TTY: 711).

Estamos disponibles de 8:00am a 8:00pm, los siete días de la semana de octubre a marzo; cerrados los sábados y domingos de abril a septiembre. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite sfhp.org/careplus-members.

Índice

A. La <i>Explicación de beneficios</i> (EOB).....	177
B. Cómo llevar un registro de los costos de sus medicamentos	178
B1. ¿Qué pasa si encuentra errores en este resumen?	179
B2. ¿Qué pasa con el posible fraude?	179
C. Usted no paga nada por un suministro de medicamentos para un mes o a largo plazo	180
C1. Nuestro plan cuenta con 6 niveles de costo compartido	180
C2. Sus opciones de farmacia	180
C3. Obtener un suministro a largo plazo de un medicamento	180
C4. Lo que usted paga.....	181
D. Lo que paga por las vacunas de la Part D	183
D1. Lo que necesita saber antes de vacunarse	183



Si tiene preguntas, llame a SFHP Care Plus al 1(833) 530-7327 (TTY: 711).

Estamos disponibles de 8:00am a 8:00pm, los siete días de la semana de octubre a marzo; cerrados los sábados y domingos de abril a septiembre. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite sfhp.org/careplus-members.

A. La *Explicación de beneficios* (EOB)

Nuestro plan realiza un seguimiento de los costos de sus medicamentos y los pagos que realiza cuando obtiene recetas en la farmacia. Realizamos un seguimiento de dos tipos de costos:

- Sus **costos de desembolso directo**. Esta es la cantidad de dinero que usted, u otras personas en su nombre, pagan por sus recetas. Esto incluye lo que pagó cuando recibe un medicamento cubierto de la Part D, cualquier pago por sus medicamentos realizado por familiares o amigos, cualquier pago realizado por sus medicamentos por Extra Help de Medicare, planes de salud del empleador o sindicato, Indian Health Service, programas de asistencia de medicamentos contra el AIDS, organizaciones benéficas y la mayoría de los Programas estatales de asistencia farmacéutica (SPAP).
- Sus **costos totales de medicamentos**. Este es el total de todos los pagos realizados por sus medicamentos cubiertos de la Part D. Incluye lo que pagó nuestro plan y lo que otros programas u organizaciones pagaron por sus medicamentos cubiertos de la Part D.

Cuando obtiene medicamentos a través de nuestro plan, le enviamos un resumen llamado *Explicación de beneficios* (EOB). La llamamos “EOB” para abreviar. La EOB no es una factura. La EOB contiene más información acerca de los medicamentos que toma. La EOB incluye:

- **Información del mes**. El resumen indica qué medicamentos recibió durante el mes anterior. Muestra los costos totales de los medicamentos, lo que pagamos y lo que usted y otros pagaron por usted.
- **Totales del año desde el 1 de enero**. Esto muestra los costos totales de los medicamentos y los pagos totales de sus medicamentos desde que comenzó el año.
- **Información sobre el precio de los medicamentos**. Este es el precio total del medicamento y los cambios en el precio del medicamento desde el primer surtido de cada reclamo de receta de la misma cantidad.
- **Alternativas de menor costo**. Cuando corresponda, información sobre otros medicamentos disponibles con menor costo compartido para cada receta.

Ofrecemos cobertura de medicamentos no cubiertos por Medicare.



Si tiene preguntas, llame a SFHP Care Plus al 1(833) 530-7327 (TTY: 711).

Estamos disponibles de 8:00am a 8:00pm, los siete días de la semana de octubre a marzo; cerrados los sábados y domingos de abril a septiembre. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite sfhp.org/careplus-members.

- Los pagos realizados por estos medicamentos no cuentan para sus costos totales de desembolso directo.
- La mayoría de los medicamentos que obtiene de una farmacia están cubiertos por el plan. Otros medicamentos, como algunos medicamentos de venta libre (OTC) y ciertas vitaminas, pueden estar cubiertos por Medi-Cal Rx. Visite el sitio web de Medi-Cal Rx (www.medi-calrx.dhcs.ca.gov) para obtener más información. También puede llamar al Centro de Servicio al Cliente de Medi-Cal al 800-977-2273. Traiga su Tarjeta de identificación de beneficiario (BIC) de Medi-Cal cuando obtenga recetas a través de Medi-Cal Rx.
- Para saber qué medicamentos cubre nuestro plan, consulte nuestra *Lista de medicamentos*.

B. Cómo llevar un registro de los costos de sus medicamentos

Para realizar un seguimiento de los costos de sus medicamentos y los pagos que realiza, utilizamos los registros que obtenemos de usted y de su farmacia. Así es como puede ayudarnos:

1. Use su tarjeta de ID de miembro.

Muestre su tarjeta de ID de miembro cada vez que surta una receta. Esto nos ayuda a saber qué recetas surte y cuánto paga.

2. Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.

Puede pedirnos que le devolvamos el dinero. Para enviar recibos, envíe un correo a: MedImpact Healthcare Systems, Inc., PO Box 509108, San Diego, CA 92150-9108. Los recibos también se pueden enviar por fax al 1(858) 549-1569 o por correo electrónico a Claims@Medimpact.com. Estos son ejemplos de cuándo debe darnos copias de sus recibos:

- Cuando compra un medicamento cubierto en una farmacia de la red a un precio especial o usa una tarjeta de descuento que no es parte del beneficio de nuestro plan.
- Cuando paga un copago por medicamentos que recibe bajo el programa de asistencia al paciente de un fabricante de medicamentos.
- Cuando compra medicamentos cubiertos en una farmacia fuera de la red.
- Cuando paga el precio total de un medicamento cubierto en circunstancias especiales.



Si tiene preguntas, llame a SFHP Care Plus al 1(833) 530-7327 (TTY: 711).

Estamos disponibles de 8:00am a 8:00pm, los siete días de la semana de octubre a marzo; cerrados los sábados y domingos de abril a septiembre. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite sfhp.org/careplus-members.

Para obtener más información sobre cómo pedirnos que le reembolsemos nuestra parte del costo de un medicamento, consulte el **Capítulo 7** de este *Manual del miembro*.

3. Envíenos información sobre los pagos que otros hacen por usted.

Los pagos realizados por otras personas y organizaciones también cuentan para sus costos de desembolso directo. Por ejemplo, los pagos realizados por un Programa estatal de asistencia farmacéutica, un programa de asistencia para medicamentos contra el AIDS (ADAP), el Indian Health Service y la mayoría de las organizaciones benéficas cuentan para sus costos de desembolso directo.

4. Verifique las EOB que le enviamos.

Cuando reciba una EOB por correo, asegúrese de que esté completa y sea correcta.

- **¿Reconoce el nombre de cada farmacia?** Verifique las fechas. ¿Obtuvo medicamentos ese día?
- **¿Recibió los medicamentos que figuran en la lista?** ¿Coinciden con los que figuran en sus recibos? ¿Los medicamentos coinciden con lo que le recetó su médico?

B1. ¿Qué pasa si encuentra errores en este resumen?

Si algo es confuso o no parece correcto en esta EOB, llame al Servicio al Cliente de SFHP Care Plus. También puede encontrar respuestas a muchas preguntas en nuestro sitio web: sfhp.org/careplus-members.

B2. ¿Qué pasa con el posible fraude?

Si este resumen muestra medicamentos que no está tomando o cualquier otra cosa que le parezca sospechosa, comuníquese con nosotros.

- Llame a Servicio al Cliente de SFHP Care Plus.
- O llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números de forma gratuita.
- Si sospecha que un proveedor que recibe Medi-Cal ha cometido fraude, malversación o abuso, es su derecho denunciarlo, llamando al número gratuito confidencial 1-800-822-6222. Otros métodos para denunciar fraude a Medi-Cal se pueden encontrar en:
www.dhcs.ca.gov/individuals/Pages/StopMedi-CalFraud.aspx.

Si considera que algo no está correcto o falta, o si tiene alguna pregunta, llame al Servicio al Cliente de SFHP Care Plus. Conserve estas EOB. Son un registro importante de sus gastos de medicamentos.



Si tiene preguntas, llame a SFHP Care Plus al 1(833) 530-7327 (TTY: 711).

Estamos disponibles de 8:00am a 8:00pm, los siete días de la semana de octubre a marzo; cerrados los sábados y domingos de abril a septiembre. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite sfhp.org/careplus-members.

C. Usted no paga nada por un suministro de medicamentos para un mes o a largo plazo

Con nuestro plan, usted no paga nada por medicamentos cubiertos si sigue nuestras reglas.

C1. Nuestro plan cuenta con 6 niveles de costo compartido

Cada medicamento en nuestra *Lista de medicamentos* está en uno de los 6 niveles. Con nuestro plan, usted no paga nada por medicamentos cubiertos si sigue nuestras reglas.

- Los medicamentos del Nivel 1 son medicamentos genéricos preferidos.
- Los medicamentos del Nivel 2 son medicamentos genéricos.
- Los medicamentos de Nivel 3 son medicamentos de marca preferidos.
- Los medicamentos de Nivel 4 son medicamentos de marca.
- Los medicamentos del Nivel 5 son medicamentos de especialidad.
- Los medicamentos del Nivel 6 son medicamentos genéricos preferidos que ayudan a controlar afecciones crónicas específicas.

C2. Sus opciones de farmacia

La cantidad que paga por un medicamento depende de si obtiene el medicamento de:

- una farmacia de la red, o
- una farmacia fuera de la red. En casos limitados, cubrimos recetas surtidas en farmacias fuera de la red. Consulte el **Capítulo 5** de este *Manual del miembro* para averiguar cuándo lo hacemos.
- La farmacia de pedidos por correo de nuestro plan.

Consulte el **Capítulo 9** de este *Manual del miembro* para obtener información sobre cómo presentar una apelación si le informan que un medicamento no tendrá cobertura. Para obtener más información sobre estas opciones de farmacia, consulte el **Capítulo 5** de este *Manual del miembro* y nuestro *Directorio de proveedores y farmacias*.

C3. Obtener un suministro a largo plazo de un medicamento

Para algunos medicamentos, puede obtener un suministro a largo plazo (también llamado “suministro extendido”) cuando surte su receta. Un suministro a largo plazo es un suministro de hasta 100 días. No hay ningún costo para usted por un suministro a largo plazo.



Si tiene preguntas, llame a SFHP Care Plus al 1(833) 530-7327 (TTY: 711).

Estamos disponibles de 8:00am a 8:00pm, los siete días de la semana de octubre a marzo; cerrados los sábados y domingos de abril a septiembre. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite sfhp.org/careplus-members.

Para obtener detalles sobre dónde y cómo obtener un suministro a largo plazo de un medicamento, consulte el **Capítulo 5** de este *Manual del miembro* o nuestro *Directorio de proveedores y farmacias*.

C4. Lo que usted paga

Comuníquese con Servicio al Cliente de SFHP Care Plus para averiguar cuánto es su copago por cualquier medicamento cubierto.

La mayoría de los medicamentos que obtiene de una farmacia están cubiertos por el plan. Otros medicamentos, como algunos medicamentos de venta libre (OTC) y ciertas vitaminas, pueden estar cubiertos por Medi-Cal Rx. Visite el sitio web de Medi-Cal Rx (medi-calrx.dhcs.ca.gov) para obtener más información. También puede llamar al Centro de Servicio al Cliente de Medi-Cal al 1-800-977-2273. Traiga su Tarjeta de identificación de beneficiario (BIC) de Medi-Cal cuando obtenga recetas a través de Medi-Cal Rx.

Su parte del costo cuando obtiene un suministro de un mes o a largo plazo de un medicamento cubierto de:

	Una farmacia de la red Un suministro de un mes o hasta 100 días*	El servicio de pedidos por correo de nuestro plan Un suministro de un mes o hasta 100 días*	Una farmacia de atención a largo plazo de la red Un suministro de hasta 31 días	Una farmacia fuera de la red Un suministro de hasta 14 días La cobertura se limita a ciertos casos. Consulte el Capítulo 5 de este <i>Manual del miembro</i> para obtener más detalles.
Nivel 1 de costo compartido (medicamentos genéricos preferidos)	\$0 por receta			
Nivel 2 de costo compartido (medicamentos genéricos)	\$0 por receta			



Si tiene preguntas, llame a SFHP Care Plus al 1(833) 530-7327 (TTY: 711).

Estamos disponibles de 8:00am a 8:00pm, los siete días de la semana de octubre a marzo; cerrados los sábados y domingos de abril a septiembre. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite sfhp.org/careplus-members.

	Una farmacia de la red Un suministro de un mes o hasta 100 días*	El servicio de pedidos por correo de nuestro plan Un suministro de un mes o hasta 100 días*	Una farmacia de atención a largo plazo de la red Un suministro de hasta 31 días	Una farmacia fuera de la red Un suministro de hasta 14 días La cobertura se limita a ciertos casos. Consulte el Capítulo 5 de este <i>Manual del miembro</i> para obtener más detalles.
Nivel 3 de costo compartido (medicamentos de marca preferidos)	\$0 por receta			
Nivel 4 de costo compartido (medicamentos no preferidos)	\$0 por receta			
Nivel 5 de costo compartido (medicamentos de especialidad)	\$0 por receta Usted puede obtener sus medicamentos en farmacias minoristas de la red, de pedidos por correo y de entrega a domicilio. Los medicamentos de este nivel no están disponibles para un suministro de días extendidos. Comuníquese con el plan para obtener más información.			
Nivel 6 de costo compartido (medicamentos genéricos preferidos para controlar afecciones crónicas específicas)	\$0 por receta			



Si tiene preguntas, llame a SFHP Care Plus al 1(833) 530-7327 (TTY: 711).

Estamos disponibles de 8:00am a 8:00pm, los siete días de la semana de octubre a marzo; cerrados los sábados y domingos de abril a septiembre. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite sfhp.org/careplus-members.

*Los opioides y medicamentos con benzodiacepinas en todos los niveles están limitados a un máximo de suministro de 30 días y no se pueden surtir en una farmacia de pedidos por correo.

Para obtener información sobre qué farmacias pueden brindarle suministros a largo plazo, consulte el *Directorio de proveedores y farmacias* de nuestro plan.

D. Lo que paga por las vacunas de la Part D

Mensaje importante sobre lo que paga por las vacunas: Algunas vacunas se consideran beneficios médicos y están cubiertas por Medicare Part B. Otras vacunas se consideran medicamentos de Medicare Part D. Puede encontrar estas vacunas en nuestra *Lista de medicamentos*. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas para adultos de Medicare Part D sin costo alguno para usted. Consulte la *Lista de medicamentos* del plan o comuníquese con Servicio al Cliente de SFHP Care Plus para obtener detalles sobre la cobertura y los costos compartidos sobre vacunas específicas.

Hay dos partes en nuestra cobertura de las vacunas de Medicare Part D:

1. La primera parte es para el costo de **la vacuna en sí**.
2. La segunda parte es por el costo de **administrarle la vacuna**. Por ejemplo, a veces puede recibir la vacuna como una inyección que le administra su médico.

D1. Lo que necesita saber antes de vacunarse

Le recomendamos que llame al Servicio al Cliente de SFHP Care Plus o a su administrador de atención si planea vacunarse.

- Podemos informarle cómo nuestro plan cubre su vacuna.
- Podemos decirle cómo mantener bajos sus costos utilizando farmacias y proveedores de la red. Las farmacias y los proveedores de la red aceptan trabajar con nuestro plan. Un proveedor de la red trabaja con nosotros para garantizar que no tenga costos iniciales para una vacuna de Medicare Part D.

Aquí hay tres formas comunes en que puede recibir una vacuna de Medicare Part D.

1. Recibe la vacuna de Medicare Part D y su inyección en una farmacia de la red.
 - Para la mayoría de las vacunas de la Part D para adultos, no pagará nada.
 - Para otras vacunas de la Part D, usted no paga nada por la vacuna.



Si tiene preguntas, llame a SFHP Care Plus al 1(833) 530-7327 (TTY: 711).

Estamos disponibles de 8:00am a 8:00pm, los siete días de la semana de octubre a marzo; cerrados los sábados y domingos de abril a septiembre. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite sfhp.org/careplus-members.

2. Usted recibe la vacuna de Medicare Part D en el consultorio de su médico y su médico le administra la inyección.
 - Usted no paga nada al médico por la vacuna.
 - Nuestro plan paga el costo de administrarle la inyección.
 - En este caso, el consultorio médico debe llamar a nuestro plan para confirmar que no usted pagó nada por la vacuna.
3. Recibe el medicamento de la vacuna de Medicare Part D en una farmacia y lo lleva al consultorio de su médico para recibir la vacuna.
 - Para la mayoría de las vacunas de la Part D para adultos, no pagará nada por la vacuna en sí.
 - Para otras vacunas de la Part D, usted no paga nada por la vacuna.
 - Nuestro plan paga el costo de administrarle la inyección.



Si tiene preguntas, llame a SFHP Care Plus al 1(833) 530-7327 (TTY: 711).

Estamos disponibles de 8:00am a 8:00pm, los siete días de la semana de octubre a marzo; cerrados los sábados y domingos de abril a septiembre. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite sfhp.org/careplus-members.

Capítulo 7: Pedirnos que paguemos una factura que recibió por servicios o medicamentos cubiertos

Introducción

Este capítulo le indica cómo y cuándo enviarnos una factura para solicitar el pago. También le dice cómo presentar una apelación si no está de acuerdo con una decisión de cobertura. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo del *Manual del miembro*.

Índice

A. Pedirnos que paguemos por sus servicios o medicamentos	186
B. Enviarnos una solicitud de pago	190
C. Decisiones de cobertura	191
D. Apelaciones	191



Si tiene preguntas, llame a SFHP Care Plus al 1(833) 530-7327 (TTY: 711).

Estamos disponibles de 8:00am a 8:00pm, los siete días de la semana de octubre a marzo; cerrados los sábados y domingos de abril a septiembre. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite sfhp.org/careplus-members.

A. Pedirnos que paguemos por sus servicios o medicamentos

No debería recibir una factura por servicios o medicamentos dentro de la red. Los proveedores de nuestra red deben facturar al plan por sus servicios y medicamentos cubiertos después de que los reciba. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con el plan de salud.

No permitimos que los proveedores de SFHP Care Plus le facturen por estos servicios o medicamentos. Pagamos directamente a nuestros proveedores y lo protegemos de cualquier cargo.

Si recibe una factura por atención médica o medicamentos, no pague la factura y envíenosla. Para enviarnos una factura, consulte el **Capítulo 2** de este *Manual del miembro*.

- Si cubrimos los servicios o medicamentos, le pagaremos directamente al proveedor.
- Si cubrimos los servicios o medicamentos y usted ya pagó, tiene derecho a que se le devuelva el dinero.
 - Si pagó por servicios cubiertos por Medicare, le devolveremos el dinero.
- Si pagó por servicios de Medi-Cal que ya recibió, puede ser elegible para que se le reembolse (se le devuelva) si cumple con todas las siguientes condiciones:
 - El servicio que recibió es un servicio cubierto por Medi-Cal que somos responsables de pagar. No le reembolsaremos por un servicio que no esté cubierto por SFHP Care Plus
 - Usted recibió el servicio cubierto después de convertirse en un miembro de SFHP Care Plus.
 - Usted solicita que se le reembolse el pago en un plazo de un año a partir de la fecha en que recibió el servicio cubierto.
 - Usted proporciona prueba de que pagó el servicio cubierto, como un recibo detallado del proveedor.
 - Usted recibió el servicio cubierto de un proveedor inscrito en Medi-Cal en la red de SFHP Care Plus. Usted no necesita cumplir con esta condición si recibió atención de emergencia, servicios de planificación familiar u otro servicio que Medi-Cal permite que los proveedores fuera de la red realicen sin preaprobación (autorización previa).



Si tiene preguntas, llame a SFHP Care Plus al 1(833) 530-7327 (TTY: 711).

Estamos disponibles de 8:00am a 8:00pm, los siete días de la semana de octubre a marzo; cerrados los sábados y domingos de abril a septiembre. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite sfhp.org/careplus-members.

- Si el servicio cubierto normalmente requiere preaprobación (autorización previa), debe dar una prueba del proveedor que muestre una necesidad médica para el servicio cubierto.
- SFHP Care Plus le informará si le reembolsarán en una carta llamada Aviso de acción. Si cumple con todas las condiciones anteriores, el proveedor inscrito en Medi-Cal debe pagarle por el monto total que usted pagó. Si el proveedor se niega a pagarle, SFHP Care Plus le reembolsará el monto total que pagó. Debemos reembolsarle dentro de los 45 días hábiles a partir de la recepción del reclamo. Si el proveedor está inscrito en Medi-Cal, pero no está en nuestra red y se niega a pagarle, SFHP Care Plus le reembolsará, pero solo hasta el monto que hubiera pagado FFS Medi-Cal. SFHP Care Plus le reembolsará el monto total de desembolso directo por servicios de emergencia, servicios de planificación familiar u otro servicio que Medi-Cal permita que sea proporcionado por proveedores fuera de la red sin preaprobación. Si no cumple con una de las condiciones anteriores, no le devolveremos el dinero.
- No le reembolsaremos si:
 - Usted solicitó y recibió servicios que no están cubiertos por Medi-Cal, como servicios estéticos.
 - El servicio no es un servicio cubierto por SFHP Care Plus.
 - Usted fue a un médico que no acepta Medi-Cal y firmó un formulario que decía que quería que lo atendieran de todos modos y que pagaría los servicios usted mismo.
- Si no cubrimos los servicios o los medicamentos, se lo diremos.

Comuníquese con el Servicio al Cliente de SFHP Care Plus o con su administrador de atención si tiene alguna pregunta. Si recibe una factura y no sabe qué hacer con ella, podemos ayudarlo. También puede llamarnos si desea proporcionarnos información sobre una solicitud de pago que ya nos envió.

Ejemplos de ocasiones en las que es posible que deba pedirnos que le devolvamos el dinero o que paguemos una factura que recibió incluyen:

1. Cuando recibe atención médica de emergencia o urgente de un proveedor fuera de la red

Pídale al proveedor que nos facture.



Si tiene preguntas, llame a SFHP Care Plus al 1(833) 530-7327 (TTY: 711).

Estamos disponibles de 8:00am a 8:00pm, los siete días de la semana de octubre a marzo; cerrados los sábados y domingos de abril a septiembre. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite sfhp.org/careplus-members.

- Si paga el monto total cuando recibe la atención, pídasenos que le reembolsemos. Envíenos la factura y prueba de cualquier pago que haya hecho.
- Es posible que reciba una factura del proveedor solicitando un pago que cree que no debe. Envíenos la factura y prueba de cualquier pago que haya hecho.
 - Si se le debe pagar al proveedor, le pagaremos directamente.
 - Si ya pagó por el servicio de Medicare, le devolveremos el dinero.

2. Cuando un proveedor de la red le envía una factura

Los proveedores de la red siempre deben facturarnos. Es importante mostrar su tarjeta de ID de miembro cuando reciba servicios o recetas; sin embargo, a veces los proveedores de la red cometen errores y le piden que pague por sus servicios o más de lo que le corresponde de los costos. **Llame a Servicio al Cliente de SFHP Care Plus** o a su administrador de atención a los números que aparecen al final de esta página **si recibe alguna factura**.

- Debido a que nosotros pagamos el costo total por sus servicios, usted no es responsable de pagar ningún costo. Los proveedores no deben facturarle nada por estos servicios.
- Cuando reciba una factura de un proveedor de la red, envíenos la factura. Nos comunicaremos directamente con el proveedor y nos ocuparemos del problema.
- Si ya pagó una factura de un proveedor de la red por servicios cubiertos por Medicare, envíenos la factura y el comprobante de cualquier pago que haya realizado. Le reembolsaremos sus servicios cubiertos o la diferencia entre el monto que pagó y el monto que adeudaba según nuestro plan.

3. Si está inscrito retroactivamente en nuestro plan

A veces, su inscripción en el plan puede ser retroactiva. (Esto significa que ha pasado el primer día de su inscripción. Incluso puede haber sido el año pasado).

- Si se inscribió retroactivamente y pagó una factura después de la fecha de inscripción, puede solicitarnos que le devolvamos el dinero.
- Envíenos la factura y prueba de cualquier pago que haya hecho.



Si tiene preguntas, llame a SFHP Care Plus al 1(833) 530-7327 (TTY: 711).

Estamos disponibles de 8:00am a 8:00pm, los siete días de la semana de octubre a marzo; cerrados los sábados y domingos de abril a septiembre. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite sfhp.org/careplus-members.

4. Cuando usa una farmacia fuera de la red para surtir una receta

Si usa una farmacia fuera de la red, paga el costo total de su receta.

- Solo en unos pocos casos, cubriremos las recetas surtidas en farmacias fuera de la red. Envíenos una copia de su recibo cuando nos pida que le devolvamos el dinero.
- Consulte el **Capítulo 5** de este *Manual del miembro* para obtener más información sobre las farmacias fuera de la red.
- Es posible que no le reembolsemos la diferencia entre lo que pagó por el medicamento en la farmacia fuera de la red y el monto que pagaríamos en una farmacia dentro de la red.

5. Cuando paga el costo total de los medicamentos recetados de Medicare Part D porque no tiene su tarjeta de ID de miembro con usted

Si no tiene su tarjeta de ID de miembro con usted, puede pedirle a la farmacia que nos llame o busque la información de inscripción de su plan.

- Si la farmacia no puede obtener la información de inmediato, es posible que deba pagar el costo total de los medicamentos recetados usted mismo o regresar a la farmacia con su tarjeta de ID de miembro.
- Envíenos una copia de su recibo cuando nos pida que le devolvamos el dinero.
- Es posible que no le reembolsemos el costo total que pagó si el precio en efectivo que pagó es más alto que nuestro precio negociado por la receta.

6. Cuando paga el costo total de los medicamentos recetados de Medicare Part D por un medicamento que no está cubierto

Puede pagar el costo total de la receta porque el medicamento no está cubierto.

- Es posible que el medicamento no esté en nuestra *Lista de medicamentos cubiertos (Lista de medicamentos)* en nuestro sitio web, o que tenga un requisito o restricción que usted no conoce o que no cree que se aplique a usted. Si decide recibir el medicamento, es posible que deba pagar el costo total.
 - Si no paga por el medicamento pero cree que deberíamos cubrirlo, puede solicitar una decisión de cobertura (consulte el **Capítulo 9** de este *Manual del miembro*).
 - Si usted y su médico u otro profesional que receta creen que necesita el



Si tiene preguntas, llame a SFHP Care Plus al 1(833) 530-7327 (TTY: 711).

Estamos disponibles de 8:00am a 8:00pm, los siete días de la semana de octubre a marzo; cerrados los sábados y domingos de abril a septiembre. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite sfhp.org/careplus-members.

medicamento de inmediato (dentro de las 24 horas), puede solicitar una decisión de cobertura rápida (consulte el **Capítulo 9** de este *Manual del miembro*).

- Envíenos una copia de su recibo cuando nos pida que le devolvamos el dinero. En algunos casos, es posible que necesitemos obtener más información de su médico u otro profesional que receta para reembolsarle por el medicamento. Es posible que no le reembolsemos el costo total que pagó si el precio que pagó es más alto que nuestro precio negociado para la receta.

Cuando nos envía una solicitud de pago, la revisamos y decidimos si el servicio o el medicamento deben estar cubiertos. Esto se llama tomar una “decisión de cobertura”. Si decidimos que el servicio o el medicamento debe estar cubierto, pagamos por él.

Si denegamos su solicitud de pago, puede apelar nuestra decisión. Para saber cómo presentar una apelación, consulte el **Capítulo 9** de este *Manual del miembro*.

B. Enviarnos una solicitud de pago

Envíenos su factura y comprobante de cualquier pago que haya realizado por los servicios de Medicare o llámenos. El comprobante de pago puede ser una copia del cheque que emitió o un recibo del proveedor. **Es una buena idea hacer una copia de su factura y recibos para sus registros.** Puede pedirle ayuda a su administrador de atención.

Para asegurarse de proporcionarnos toda la información que necesitamos para tomar una decisión, puede completar nuestro formulario de reclamo para solicitar el pago.

- En la mayoría de los casos, no es necesario que use el formulario, pero nos ayuda a procesar la información más rápido.
- Para recibir un reembolso por atención médica de emergencia o necesaria de urgencia a nivel mundial, se requiere un formulario.
- Puede obtener el formulario en nuestro sitio web sfhp.org/careplus-members, o puede llamar a Servicio al Cliente de SFHP Care Plus y solicitar el formulario.

Envíe su solicitud de pago junto con las facturas o recibos a esta dirección:

SFHP Care Plus Customer Service P.O. Box 194247 San Francisco, CA 94119 o por correo electrónico a csbilling@sfhp.org.

También puede llamarnos para solicitar el pago. Comuníquese con el Servicio al Cliente de SFHP Care Plus para iniciar su solicitud de reembolso al 1(833) 530-7327 (TTY: 711). Estamos disponibles de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana de octubre a marzo; cerrados los sábados y domingos de abril a septiembre. La llamada es gratuita.



Si tiene preguntas, llame a SFHP Care Plus al 1(833) 530-7327 (TTY: 711).

Estamos disponibles de 8:00am a 8:00pm, los siete días de la semana de octubre a marzo; cerrados los sábados y domingos de abril a septiembre. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite sfhp.org/careplus-members.

C. Decisiones de cobertura

Cuando recibimos su solicitud de pago, tomamos una decisión de cobertura. Esto significa que decidimos si nuestro plan cubre su servicio, artículo o medicamento. También decidimos la cantidad de dinero, si corresponde, que debe pagar.

- Le informaremos si necesitamos más información de usted.
 - Si decidimos que nuestro plan cubre el servicio, artículo o medicamento y usted siguió todas las reglas para obtenerlo, pagaremos el costo correspondiente. Si ya pagó por el servicio o el medicamento, le enviaremos un cheque. Si ya pagó por el servicio o el medicamento, le enviaremos un cheque por lo que pagó. Si no ha pagado, pagaremos directamente al proveedor.

El Capítulo 3 de este *Manual del miembro* explica las reglas para obtener cobertura de sus servicios. **El Capítulo 5** de este *Manual del miembro* explica las reglas para obtener cobertura de sus medicamentos de Medicare Part D.

- Si decidimos no pagar por el servicio o medicamento, le enviaremos una carta con los motivos. La carta también explica sus derechos para presentar una apelación.
- Para obtener más información sobre las decisiones de cobertura, consulte el **Capítulo 9**.

D. Apelaciones

Si cree que cometimos un error al rechazar su solicitud de pago, puede pedirnos que cambiemos nuestra decisión. Esto se denomina “hacer una apelación”. También puede hacer una apelación si no está de acuerdo con la cantidad que pagamos.

El proceso formal de apelación tiene procedimientos y plazos detallados. Para obtener más información sobre las apelaciones, consulte el **Capítulo 9** del *Manual del miembro*.

- Para hacer una apelación sobre el reembolso de un servicio de atención médica, consulte el **Capítulo 9, Sección F**.
- Para hacer una apelación sobre el reembolso de un medicamento, consulte el **Capítulo 9, Sección G**.



Si tiene preguntas, llame a SFHP Care Plus al 1(833) 530-7327 (TTY: 711).

Estamos disponibles de 8:00am a 8:00pm, los siete días de la semana de octubre a marzo; cerrados los sábados y domingos de abril a septiembre. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite sfhp.org/careplus-members.

Capítulo 8: Sus derechos y responsabilidades

Introducción

Este capítulo incluye sus derechos y responsabilidades como miembro de nuestro plan. Debemos honrar sus derechos. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo del *Manual del miembro*.

Índice

A. Su derecho a recibir servicios e información de una manera que se adapte a sus necesidades	193
B. Nuestra responsabilidad por su acceso oportuno a los servicios y medicamentos cubiertos	200
C. Nuestra responsabilidad de proteger su información de salud personal (PHI)	201
C1. Cómo protegemos su PHI	202
C2. Su derecho a ver sus registros médicos.....	202
D. Nuestra responsabilidad de brindarle información	203
E. Incapacidad de los proveedores de la red de facturarle directamente	204
F. Su derecho a abandonar nuestro plan	204
G. Su derecho a tomar decisiones sobre su atención médica	205
G1. Su derecho a conocer sus opciones de tratamiento y tomar decisiones.....	205
G2. Su derecho a decir lo que quiere que suceda si no puede tomar decisiones de atención médica por sí mismo	205
G3. Qué hacer si no se siguen las instrucciones	207
H. Su derecho a presentar quejas y pedirnos que reconsideremos nuestras decisiones	207
H1. Qué hacer con respecto al trato injusto o para obtener más información sobre sus derechos.....	207
I. Sus responsabilidades como miembro del plan.....	208
J. Su derecho a participar como miembro	210



Si tiene preguntas, llame a SFHP Care Plus al 1(833) 530-7327 (TTY: 711).

Estamos disponibles de 8:00am a 8:00pm, los siete días de la semana de octubre a marzo; cerrados los sábados y domingos de abril a septiembre. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite sfhp.org/careplus-members.

A. Your right to get services and information in a way that meets your needs

We must ensure **all** services, both clinical and non-clinical, are provided to you in a culturally competent and accessible manner including for those with limited English proficiency, limited reading skills, hearing incapacity, or those with diverse cultural and ethnic backgrounds. We must also tell you about our plan's benefits and your rights in a way that you can understand. We must tell you about your rights each year that you're in our plan.

- To get information in a way that you can understand, call your care manager or SFHP Care Plus Customer Service. Our plan has free interpreter services available to answer questions in different languages.
- Our plan can also give you materials in languages other than English including Chinese (Traditional), Spanish, Vietnamese, Russian, and Tagalog, and in formats such as large print, braille, or audio. To get materials in one of these alternative formats, please call SFHP Care Plus Customer Service or write to SFHP Care Plus, P.O. Box 194247, San Francisco, CA 94119.
 - You can request to receive your materials in another language and/or alternate format at any time.
 - You can also make a standing request to get materials in other languages and/or alternate format. We will keep your preference indefinitely, or until you request to change it again.
 - To receive this document in a language other than English and/or in an alternate format, or to change a standing request for preferred language and/or format, please contact SFHP Care Plus Customer Service at 1(833) 530-7327 (TTY: 711). We are open 8 a.m. to 8 p.m., seven days a week from October through March, closed on Saturdays and Sundays from April through September. The call is free.

If you have trouble getting information from our plan because of language problems or a disability and you want to file a complaint, call:

- Medicare at 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). TTY users should call 1-877-486-2048.



Si tiene preguntas, llame a SFHP Care Plus al 1(833) 530-7327 (TTY: 711).

Estamos disponibles de 8:00am a 8:00pm, los siete días de la semana de octubre a marzo; cerrados los sábados y domingos de abril a septiembre. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite sfhp.org/careplus-members.

- Medi-Cal Office of Civil Rights at 916-440-7370. TTY users should call 711.
- U.S Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights at 1-800-368-1019. TTY users should call 1-800-537-7697.

A. 您有權以符合您需求的方式獲取服務和資訊

我們必須確保以文化適當且無障礙的方式向您提供所有臨床和非臨床服務，包括向英語能力有限、閱讀能力有限、聽力障礙或具有不同文化和種族背景的會員提供服務。我們還必須以您能夠理解的方式告知您，我們的計劃福利和您的權利。在您參加我們的計劃期間，我們每年都必須讓您瞭解您的權利。

- 要以您可以理解的方式獲取資訊，請致電您的照護經理或 SFHP Care Plus 客戶服務部。我們的計劃提供免費的口譯服務，可以用不同的語言回答問題。
- 我們的計劃還可以為您提供非英語語言資料，包括繁體中文、西班牙語、越南語、俄語和他加祿語，並提供大字印刷、點字或音訊等格式的資料。要取得這些替代格式的資料，請致電 SFHP Care Plus 客戶服務部或寫信至 SFHP Care Plus, P.O. Box 194247, San Francisco, CA 94119.
 - 您可以隨時要求以其他語言和/或其他格式獲取您的資料。
 - 您也可以提出獲取其他語言和/或其他格式資料的長期請求。我們將無限期地保留您的偏好，或保留到您再請求更改偏好。
 - 若要收到此文件的非英語語言和/或其他格式，或要更改首選語言和/或格式的長期請求，請聯絡 SFHP Care Plus 客戶服務部，電話：1(833) 530-7327 (TTY：711)。我們的營業時間為 8 a.m.–8 p.m.，十月至三月，每天營業；四月至九月，週六與週日休息。該電話免費。

如果您因語言問題或殘障而無法獲取我們計劃的資訊，並想要提出投訴，請致電：

- Medicare：1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。TTY 使用者應致電 1-877-486-2048。
- Medi-Cal 民權辦公室：916-440-7370。TTY 使用者應致電 711。
- 美國衛生與公眾服務部民權辦公室：1-800-368-1019。TTY 使用者應致電 1-800-537-7697。



Si tiene preguntas, llame a SFHP Care Plus al 1(833) 530-7327 (TTY: 711).

Estamos disponibles de 8:00am a 8:00pm, los siete días de la semana de octubre a marzo; cerrados los sábados y domingos de abril a septiembre. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite sfhp.org/careplus-members.

A. Su derecho a recibir servicios e información de una manera que se adapte a sus necesidades

Debemos asegurarnos de que **todos los** servicios, tanto clínicos como no clínicos, se le proporcionen de una manera culturalmente competente y accesible, incluso para aquellos con un dominio limitado del inglés, habilidades de lectura limitadas, incapacidad auditiva o aquellos con diversos orígenes culturales y étnicos. También debemos informarle sobre los beneficios de nuestro plan y sus derechos de una manera que pueda entenderlos. Debemos informarle sobre sus derechos cada año que esté inscrito en nuestro plan.

- Para obtener información de una manera que sea comprensible para usted, llame a su administrador de la atención o a Servicio al Cliente de SFHP Care Plus. Nuestro plan cuenta con servicios gratuitos de intérpretes disponibles para responder preguntas en diferentes idiomas.
- Nuestro plan también puede proporcionarle materiales en otros idiomas además del inglés, como chino (tradicional), español, vietnamita, ruso y tagalo, así como en formatos como letra grande, braille o audio. Para obtener materiales en uno de estos formatos alternativos, llame al Servicio al Cliente de SFHP Care Plus o escriba a SFHP Care Plus, P.O. Box 194247, San Francisco, CA 94119.
 - Puede solicitar recibir sus materiales en otro idioma y/o formato alternativo en cualquier momento.
 - También puede presentar una solicitud permanente para recibir materiales en otros idiomas o formatos alternativos. Mantendremos su preferencia por tiempo indefinido o hasta que vuelva a solicitar cambiarla.
 - Para recibir este documento en otro idioma aparte de inglés y/o en un formato alternativo, o para cambiar una solicitud permanente por idioma y/o formato preferido, comuníquese con Servicio al Cliente de SFHP Care Plus al 1(833) 530-7327 (TTY: 711). Estamos disponibles de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana de octubre a marzo, cerrados los sábados y domingos de abril a septiembre. La llamada es gratis.



Si tiene preguntas, llame a SFHP Care Plus al 1(833) 530-7327 (TTY: 711).

Estamos disponibles de 8:00am a 8:00pm, los siete días de la semana de octubre a marzo; cerrados los sábados y domingos de abril a septiembre. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite sfhp.org/careplus-members.

Si tiene dificultades para obtener información de nuestro plan debido a problemas de idioma o una discapacidad y desea presentar una reclamación, llame a:

- Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.
- Medi-Cal Office of Civil Rights al 916-440-7370. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711.
- U.S Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights al 1-800-368-1019. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-537-7697.

A. Quyền nhận dịch vụ và thông tin theo nhu cầu của quý vị

Chúng tôi phải đảm bảo **tất cả** các dịch vụ, cả lâm sàng và phi lâm sàng, đều được cung cấp cho quý vị theo trình độ văn hóa và dễ tiếp cận, bao gồm cả những người hạn chế về trình độ tiếng Anh, kỹ năng đọc, mất năng lực nghe hoặc những người có nguồn gốc đa dạng văn hóa và dân tộc. Chúng tôi cũng phải thông báo cho quý vị về các quyền lợi bảo hiểm trong chương trình và quyền của quý vị theo cách dễ hiểu. Chúng tôi phải thông báo về các quyền của quý vị mỗi năm khi quý vị tham gia chương trình của chúng tôi.

- Để nhận thông tin theo cách mà quý vị có thể hiểu, hãy gọi cho quản lý chăm sóc hoặc Dịch vụ Khách hàng SFHP Care Plus. Chương trình của chúng tôi có dịch vụ thông dịch viên miễn phí để trả lời các câu hỏi bằng nhiều ngôn ngữ khác nhau.
- Chương trình của chúng tôi cũng có thể cung cấp tài liệu bằng các ngôn ngữ khác ngoài tiếng Anh, bao gồm tiếng Hoa (Phồn thể), tiếng Tây Ban Nha, tiếng Việt, tiếng Nga và tiếng Tagalog và ở các định dạng như chữ in cỡ lớn, chữ nổi Braille hoặc âm thanh. Để nhận tài liệu ở một trong các định dạng thay thế này, vui lòng gọi cho Dịch vụ khách hàng SFHP Care Plus hoặc gửi thư cho SFHP Care Plus, P.O. Box 194247, San Francisco, CA 94119.
 - Quý vị có thể yêu cầu nhận tài liệu của mình bằng ngôn ngữ khác và/hoặc định dạng thay thế bất kỳ lúc nào.
 - Quý vị cũng có thể yêu cầu trước để có được tài liệu bằng các ngôn ngữ khác và/hoặc định dạng thay thế. Chúng tôi sẽ lưu giữ lựa chọn của quý vị vô thời hạn hoặc cho đến khi quý vị yêu cầu thay đổi lại.



Si tiene preguntas, llame a SFHP Care Plus al 1(833) 530-7327 (TTY: 711).

Estamos disponibles de 8:00am a 8:00pm, los siete días de la semana de octubre a marzo; cerrados los sábados y domingos de abril a septiembre. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite sfhp.org/careplus-members.

- Để nhận tài liệu này bằng ngôn ngữ khác với tiếng Anh và/hoặc ở định dạng khác hoặc để thay đổi yêu cầu về ngôn ngữ và/hoặc định dạng ưu tiên, vui lòng liên hệ với Dịch vụ Khách hàng SFHP Care Plus theo số 1(833) 530-7327 (TTY: 711). Chúng tôi làm việc từ 8 a.m.–8 p.m., bảy ngày một tuần từ tháng Mười đến tháng Ba, đóng cửa vào Thứ Bảy và Chủ Nhật từ tháng Tư đến tháng Chín. Đây là cuộc gọi miễn phí.

Nếu quý vị gặp khó khăn trong việc nhận thông tin từ chương trình của chúng tôi do vấn đề ngôn ngữ hoặc khuyết tật và muốn gửi khiếu nại, hãy gọi:

- Medicare theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Người dùng TTY hãy gọi số 1-877-486-2048.
- Văn phòng Dân Quyền Medi-Cal theo số 916-440-7370. Người dùng TTY hãy gọi số 711.
- Bộ Y tế và Dịch vụ Nhân sinh Hoa Kỳ, Văn phòng Dân Quyền theo số 1-800-368-1019. Người dùng TTY hãy gọi số 1-800-537-7697.

A. Ваше право на получение услуг и информации в соответствии с вашими потребностями

Мы должны гарантировать, что **все** услуги, как клинические, так и неклинические, предоставляются вам с учетом культурных особенностей и доступным образом, в том числе для лиц с ограниченным владением английским языком, ограниченными навыками чтения, нарушениями слуха или с разным культурным и этническим происхождением. Мы также обязаны сообщать вам о льготах нашего плана и ваших правах понятным вам образом. Мы обязаны сообщать вам о ваших правах каждый год вашего участия в плане.

- Чтобы получить информацию в понятной вам форме, позвоните своему менеджеру по уходу или в Отдел обслуживания участников SFHP Care Plus. Для ответов на вопросы у нас есть бесплатные услуги переводчика на разные языки.
- Наш страховой план также может предоставить вам материалы на других языках помимо английского, включая китайский (традиционный), испанский, вьетнамский, русский и тагальский, и в таких форматах, как печать крупным шрифтом, шрифтом Брайля и аудиоформат. Чтобы получить материалы в одном из этих



Si tiene preguntas, llame a SFHP Care Plus al 1(833) 530-7327 (TTY: 711).

Estamos disponibles de 8:00am a 8:00pm, los siete días de la semana de octubre a marzo; cerrados los sábados y domingos de abril a septiembre. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite sfhp.org/careplus-members.

альтернативных форматов, позвоните в Отдел обслуживания участников SFHP Care Plus или отправьте письмо по адресу SFHP Care Plus, P.O. Box 194247, San Francisco, CA 94119.

- Вы можете запросить получение ваших материалов на другом языке и/или в альтернативном формате в любое время.
- Вы также можете сделать постоянный запрос на получение материалов на других языках и/или в альтернативном формате. Мы сохраняем ваши предпочтения на неопределенный срок или пока вы не отправите запрос о повторном изменении.
- Чтобы получить данный документ на каком-либо языке помимо английского и/или в альтернативном формате или изменить постоянный запрос на предпочтительный язык и/или формат, обратитесь в Отдел обслуживания участников SFHP Care Plus по номеру 1(833) 530-7327 (TTY: 711). Мы работаем с 8 a.m. до 8 p.m. без выходных с октября по март; с апреля по сентябрь суббота и воскресенье — выходные дни. Звонок бесплатный.

Если у вас возникли трудности с получением информации от нашего плана из-за языковых проблем или инвалидности и вы хотите подать жалобу, позвоните в:

- Medicare по номеру 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Пользователям TTY необходимо набирать 1-877-486-2048.
- Офис Medi-Cal по гражданским правам по номеру 916-440-7370. Пользователям TTY необходимо набирать 711.
- Министерство здравоохранения и социальных служб США, Управление по гражданским правам по номеру 1-800-368-1019. Пользователям TTY необходимо набирать 1-800-537-7697.

A. Ang karapatan mong makakuha ng mga serbisyo at impormasyon sa paraang natutugunan ang iyong mga pangangailangan

Dapat naming tiyakin na ibinibigay sa iyo ang **lahat** ng serbisyo, parehong klinikal at hindi klinikal, sa paraang naaangkop sa kultura at accessible kabilang ang para sa mga



Si tiene preguntas, llame a SFHP Care Plus al 1(833) 530-7327 (TTY: 711).

Estamos disponibles de 8:00am a 8:00pm, los siete días de la semana de octubre a marzo; cerrados los sábados y domingos de abril a septiembre. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite sfhp.org/careplus-members.

may limitadong kasanayan sa English, limitadong kakayahang magbasa, kapansanan sa pandinig, o sa may mga diverse na kultural at etnikong pinagmulan. Dapat din naming sabihin sa iyo ang tungkol sa mga benepisyo ng aming plano at iyong mga karapatan sa paraang nauunawaan mo. Dapat naming sabihin sa iyo ang tungkol sa mga karapatan mo bawat taon na nasa plano ka namin.

- Para makakuha ng impormasyon sa paraan na mauunawaan mo, tawagan ang iyong tagapamahala ng pangangalaga o Serbisyo sa Customer ng SFHP Care Plus. May mga libreng serbisyo ng interpreter na available sa aming plano para sagutin ang mga tanong sa iba't ibang wika.
- Maaari ding magbigay sa iyo ang aming plano ng mga materyales sa wikang iba sa English kabilang ang Chinese (Traditional), Spanish, Vietnamese, Russian, at Tagalog, at sa mga format gaya ng malalaking print, braille, o audio. Para makakuha ng mga materyales sa isa sa mga alternatibong format na ito, tawagan ang Serbisyo sa Customer ng SFHP Care Plus o sumulat sa SFHP Care Plus, P.O. Box 194247, San Francisco, CA 94119.
 - Maaari mong hilinging matanggap ang iyong mga materyales sa ibang wika at/o alternatibong format anumang oras.
 - Maaari ka ring tuloy-tuloy na humiling na makakuha ng mga materyales sa iba pang wika at/o alternatibong format. Papanatilihin namin ang iyong kagustuhan nang walang katapusan, o hanggang sa hilingin mong baguhin ulit ito.
 - Para matanggap ang dokumentong ito sa isang wika na iba sa English at/o sa isang alternatibong format, o para baguhin ang isang tuloy-tuloy na kahilingan para sa gustong wika at/o format, makipag-ugnayan sa Serbisyo sa Customer ng SFHP Care Plus sa 1(833) 530-7327 (TTY: 711). Bukas kami mula 8 a.m.–8 p.m., pitong araw sa isang linggo mula Oktubre hanggang Marso, sarado tuwing Sabado at Linggo mula Abril hanggang Setyembre. Libre ang tawag.

Kung magkaproblema ka sa pagkuha ng impormasyon mula sa aming plano dahil sa mga problema sa wika o kapansanan at gusto mong maghain ng reklamo, tumawag sa:

- Medicare sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 1-877-486-2048.



Si tiene preguntas, llame a SFHP Care Plus al 1(833) 530-7327 (TTY: 711).

Estamos disponibles de 8:00am a 8:00pm, los siete días de la semana de octubre a marzo; cerrados los sábados y domingos de abril a septiembre. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite sfhp.org/careplus-members.

- Tanggapan ng Mga Karapatang Sibil ng Medi-Cal sa 916-440-7370. Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 711.
- Kagawaran ng Kalusugan at Serbisyong Pantao ng U.S., Tanggapan ng Mga Karapatang Sibil sa 1-800-368-1019. Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 1-800-537-7697.

B. Nuestra responsabilidad por su acceso oportuno a los servicios y medicamentos cubiertos

Sus derechos como miembro nuestro plan.

- Tiene derecho a elegir un proveedor de atención primaria (PCP) en nuestra red. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con nosotros. Puede encontrar más información sobre qué tipos de proveedores pueden actuar como PCP y cómo elegir un PCP en el **Capítulo 3** de este *Manual del miembro*.
 - Llame a Servicio al Cliente de SFHP Care Plus o visite el *Directorio de proveedores y farmacias* para obtener más información sobre los proveedores de la red y qué médicos están aceptando nuevos pacientes.
- Tiene derecho a ver a un especialista en salud de la mujer sin obtener una derivación. Una derivación es una aprobación de su PCP para usar un proveedor que no es su PCP.
- Tiene derecho a obtener servicios cubiertos de proveedores de la red dentro de un período de tiempo razonable.
 - Esto incluye el derecho a recibir servicios oportunos de especialistas.
 - Si no puede obtener servicios dentro de un período de tiempo razonable, debemos pagar la atención fuera de la red.
- Tiene derecho a recibir servicios de emergencia o atención necesaria de urgencia sin autorización previa (PA).
- Tiene derecho a surtir sus recetas en cualquiera de las farmacias de nuestra red sin demoras prolongadas.
- Tiene derecho a saber cuándo puede usar un proveedor fuera de la red. Para obtener información sobre los proveedores fuera de la red, consulte el **Capítulo 3** de este *Manual del miembro*.



Si tiene preguntas, llame a SFHP Care Plus al 1(833) 530-7327 (TTY: 711).

Estamos disponibles de 8:00am a 8:00pm, los siete días de la semana de octubre a marzo; cerrados los sábados y domingos de abril a septiembre. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite sfhp.org/careplus-members.

- Cuando se inscribe por primera vez en nuestro plan, tiene derecho a mantener sus proveedores y autorizaciones de servicio actuales hasta por 12 meses si se cumplen ciertas condiciones. Para obtener más información sobre cómo mantener sus proveedores y autorizaciones de servicio, consulte el **Capítulo 1** de este *Manual del miembro*.
- Tiene derecho a tomar sus propias decisiones de atención médica con la ayuda de su equipo de atención y administrador de atención.

El **Capítulo 9** de este *Manual del miembro* explica lo que puede hacer si cree que no está recibiendo sus servicios o medicamentos dentro de un período de tiempo razonable. También indica lo que puede hacer si le negamos la cobertura de sus servicios o medicamentos y no está de acuerdo con nuestra decisión.

C. Nuestra responsabilidad de proteger su información de salud personal (PHI)

Protegemos su PHI según lo exigen las leyes federales y estatales.

Su PHI incluye la información personal que nos proporcionó cuando se inscribió en nuestro plan. También incluye sus registros médicos y otra información médica y de salud.

Usted tiene derechos cuando se trata de su información y de controlar cómo se usa su PHI. Le proporcionamos un aviso por escrito que le informa sobre estos derechos y explica cómo protegemos la privacidad de su PHI. El aviso se llama “Aviso de prácticas de privacidad”.

ESTÁ DISPONIBLE UNA DECLARACIÓN QUE DESCRIBE NUESTRAS POLÍTICAS Y PROCEDIMIENTOS PARA PRESERVAR LA CONFIDENCIALIDAD DE LOS REGISTROS MÉDICOS Y SE LE ENTREGARÁ A SU SOLICITUD.

Los miembros que pueden dar su consentimiento para recibir servicios delicados no están obligados a obtener la autorización de ningún otro miembro para recibir servicios delicados o para presentar un reclamo por servicios delicados. SFHP Care Plus dirigirá las comunicaciones relacionadas con los servicios delicados a la dirección postal, la dirección de correo electrónico o el número de teléfono alternativos designados por el miembro o, en ausencia de una designación, a nombre del miembro en la dirección o el número de teléfono registrados. SFHP Care Plus no divulgará información médica relacionada con servicios delicados a ningún otro miembro sin la autorización escrita del miembro que recibe la atención. SFHP Care Plus adaptará las solicitudes de comunicación confidencial en la forma y el formato solicitados, si es fácilmente producible en la forma y el formato solicitados, o en lugares alternativos. La solicitud de un miembro de comunicaciones confidenciales relacionadas con servicios delicados



Si tiene preguntas, llame a SFHP Care Plus al 1(833) 530-7327 (TTY: 711).

Estamos disponibles de 8:00am a 8:00pm, los siete días de la semana de octubre a marzo; cerrados los sábados y domingos de abril a septiembre. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite sfhp.org/careplus-members.

será válida hasta que el miembro revoque la solicitud o presente una nueva solicitud de comunicaciones confidenciales.

Si nos envía su solicitud de comunicación confidencial por teléfono o electrónicamente, empezaremos a comunicarnos con usted de la forma y en los lugares que especifique dentro de 7 días calendario posteriores a la recepción. Si nos envía su solicitud de comunicación confidencial por correo, empezaremos a comunicarnos con usted de la forma y en los lugares que especifique dentro de 14 días calendario posteriores a la recepción.

C1. Cómo protegemos su PHI

Nos aseguramos de que ninguna persona no autorizada mire o cambie sus registros.

Excepto en los casos que se indican a continuación, no le damos su PHI a nadie que no le brinde atención o pague por su atención. Si lo hacemos, primero debemos obtener su permiso por escrito. Usted, o alguien legalmente autorizado para tomar decisiones por usted, puede dar permiso por escrito.

A veces no necesitamos obtener su permiso por escrito primero. Estas excepciones están permitidas o requeridas por la ley:

- Debemos divulgar PHI a las agencias gubernamentales que verifican la calidad de la atención de nuestro plan.
- Podemos divulgar PHI si lo ordena un tribunal, pero solo si la ley de California lo permite.
- Debemos darle a Medicare su PHI, incluida la información sobre sus medicamentos de Medicare Part D. Si Medicare divulga su PHI para investigación u otros usos, lo hace de acuerdo con las leyes federales. Consulte el Aviso de prácticas de privacidad en sfhp.org/care-plus para obtener más información.

C2. Su derecho a ver sus registros médicos

- Tiene derecho a ver sus registros médicos y obtener una copia de sus registros. Podemos cobrarle una tarifa por hacer una copia de sus registros médicos.
- Tiene derecho a pedirnos que actualicemos o corrijamos sus registros médicos. Si nos pide que hagamos esto, trabajamos con su proveedor de atención médica para decidir si se deben hacer cambios.
- Tiene derecho a saber si compartimos su PHI con otras personas y cómo lo hacemos para cualquier propósito que no sea de rutina.

Si tiene preguntas o inquietudes sobre la privacidad de su PHI, llame al Servicio al Cliente de SFHP Care Plus.



Si tiene preguntas, llame a SFHP Care Plus al 1(833) 530-7327 (TTY: 711).

Estamos disponibles de 8:00am a 8:00pm, los siete días de la semana de octubre a marzo; cerrados los sábados y domingos de abril a septiembre. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite sfhp.org/careplus-members.

D. Nuestra responsabilidad de brindarle información

Como miembro de nuestro plan, tiene derecho a obtener información de nosotros sobre nuestro plan, nuestros proveedores de la red y sus servicios cubiertos.

Si no habla inglés, tenemos servicios de interpretación para responder las preguntas que tenga sobre nuestro plan. Para obtener un intérprete, llame al Servicio al Cliente de SFHP Care Plus. Este es un servicio gratuito para usted. Nuestro plan también puede brindarle materiales en inglés, chino (tradicional), español, vietnamita, ruso y tagalo. Para obtener materiales en uno de estos formatos alternativos, llame al Servicio al Cliente de SFHP Care Plus o escriba a SFHP Care Plus, P.O. Box 194247 San Francisco, CA 94119. También podemos brindarle información en letra grande, braille o audio.

Si desea información sobre cualquiera de los siguientes, llame al Servicio al Cliente de SFHP Care Plus:

- Cómo elegir o cambiar de plan
- Nuestro plan, incluyendo:
 - Información financiera
 - cómo nos han calificado los miembros del plan
 - el número de apelaciones presentadas por los miembros
 - cómo dejar nuestro plan
- Nuestros proveedores de la red y nuestras farmacias de la red, que incluyen:
 - cómo elegir o cambiar su proveedor de atención primaria
 - calificaciones de nuestros proveedores y farmacias de la red
 - cómo pagamos a los proveedores de nuestra red
- Servicios y medicamentos cubiertos, incluyendo:
 - servicios (consulte los **Capítulos 3 y 4** de este *Manual del miembro*) y medicamentos (consulte los **Capítulos 5 y 6** de este *Manual del miembro*) cubiertos por nuestro plan
 - límites a su cobertura y medicamentos



Si tiene preguntas, llame a SFHP Care Plus al 1(833) 530-7327 (TTY: 711).

Estamos disponibles de 8:00am a 8:00pm, los siete días de la semana de octubre a marzo; cerrados los sábados y domingos de abril a septiembre. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite sfhp.org/careplus-members.

- reglas que debe seguir para obtener servicios y medicamentos cubiertos
- Por qué algo no está cubierto y qué puede hacer al respecto (consulte el **Capítulo 9** de este *Manual del miembro*), lo que incluye pedirnos que:
 - pongamos por escrito por qué algo no está cubierto
 - cambiemos una decisión que tomamos
 - paguemos una factura que recibió

E. Incapacidad de los proveedores de la red de facturarle directamente

Los médicos, hospitales y otros proveedores de nuestra red no pueden obligarlo a pagar por los servicios cubiertos. Tampoco pueden facturar el saldo ni cobrarle si pagamos menos del monto que cobró el proveedor. Para saber qué hacer si un proveedor de la red intenta cobrarle por los servicios cubiertos, consulte el **Capítulo 7** de este *Manual del miembro*.

F. Su derecho a abandonar nuestro plan

Nadie puede obligarle a permanecer en nuestro plan si no quiere.

- Tiene derecho a obtener la mayoría de sus servicios de atención médica a través de Original Medicare u otro plan Medicare Advantage (MA).
- Puede obtener sus beneficios de medicamentos de Medicare Part D de un plan de medicamentos o de otro plan MA.
- Consulte el **Capítulo 10** de este *Manual del miembro*:
 - Para obtener más información sobre cuándo puede inscribirse en un nuevo MA o plan de beneficios de medicamentos.
 - Para obtener información sobre cómo obtendrá sus beneficios de Medi-Cal si deja nuestro plan.



Si tiene preguntas, llame a SFHP Care Plus al 1(833) 530-7327 (TTY: 711).

Estamos disponibles de 8:00am a 8:00pm, los siete días de la semana de octubre a marzo; cerrados los sábados y domingos de abril a septiembre. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite sfhp.org/careplus-members.

G. Su derecho a tomar decisiones sobre su atención médica

Tiene derecho a recibir información completa de sus médicos y otros proveedores de atención médica para ayudarlo a tomar decisiones sobre su atención médica.

G1. Su derecho a conocer sus opciones de tratamiento y tomar decisiones

Sus proveedores deben explicarle su afección y sus opciones de tratamiento de una manera que pueda entender. Usted tiene derecho a:

- **Conocer sus opciones.** Tiene derecho a que le informen sobre todas las opciones de tratamiento.
- **Conocer los riesgos.** Tiene derecho a que se le informe sobre cualquier riesgo involucrado. Debemos informarle con anticipación si algún servicio o tratamiento es parte de un experimento de investigación. Tiene derecho a rechazar tratamientos experimentales.
- **Obtener una segunda opinión.** Tiene derecho a usar otro médico antes de decidir sobre el tratamiento.
- **Rechazar el tratamiento.** Tiene derecho a rechazar cualquier tratamiento. Esto incluye el derecho a abandonar un hospital u otro centro médico, incluso si su médico le aconseja que no lo haga. Tiene derecho a dejar de tomar un medicamento recetado. Si rechaza el tratamiento o deja de tomar un medicamento recetado, no lo eliminaremos de nuestro plan. Sin embargo, si rechaza el tratamiento o deja de tomar un medicamento, acepta toda la responsabilidad por lo que le suceda.
- **Pedirnos que le expliquemos por qué un proveedor negó la atención.** Tiene derecho a obtener una explicación de nuestra parte si un proveedor le negó la atención que cree que debería recibir.
- **Pedirnos que cubramos un servicio o medicamento que negamos o que generalmente no cubrimos.** Esto se llama decisión de cobertura. El Capítulo 9 de este *Manual del miembro* explica cómo solicitarnos una decisión de cobertura.

G2. Su derecho a decir lo que quiere que suceda si no puede tomar decisiones de atención médica por sí mismo

A veces, las personas no pueden tomar decisiones de atención médica por sí mismas. Antes de que eso le suceda, puede:

- Llenar un formulario escrito **que le dé a alguien el derecho de tomar decisiones de atención médica por usted** si alguna vez no puede tomar decisiones por sí mismo.



Si tiene preguntas, llame a SFHP Care Plus al 1(833) 530-7327 (TTY: 711).

Estamos disponibles de 8:00am a 8:00pm, los siete días de la semana de octubre a marzo; cerrados los sábados y domingos de abril a septiembre. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite sfhp.org/careplus-members.

- **Dar a sus médicos instrucciones escritas** sobre cómo manejar su atención médica si no puede tomar decisiones por sí mismo, incluida la atención que **no** desea.

El documento legal que utiliza para dar sus instrucciones se llama “directiva anticipada”. Hay diferentes tipos de directivas anticipadas y diferentes nombres para ellas. Algunos ejemplos son un testamento vital y un poder notarial para la atención médica.

No está obligado a tener una directiva anticipada, pero puede hacerlo. Esto es lo que debe hacer si desea utilizar una directiva anticipada:

- **Obtener el formulario.** Puede obtener el formulario de su médico, un abogado, un trabajador social o en algunas tiendas de suministros de oficina. Las farmacias y los consultorios de proveedores a menudo tienen los formularios. Puede encontrar el formulario y descargarlo gratis en línea. También puede comunicarse con el Servicio al Cliente de SFHP Care Plus para solicitar el formulario.
- **Completar el formulario y firmarlo.** El formulario es un documento legal. Considere la posibilidad de que un abogado u otra persona de confianza, como un familiar o su PCP, lo ayude a completarlo.
- **Entregar copias del formulario a las personas que necesiten conocerlo.** Entregue una copia del formulario a su médico. También debe darle una copia a la persona que nombre para que tome decisiones por usted si no puede. Si lo desea, dé copias a amigos cercanos o familiares. Conserve una copia en su hogar.
- Si está siendo hospitalizado y tiene una directiva anticipada firmada, **lleve una copia al hospital.**
 - El hospital le preguntará si tiene un formulario de directiva anticipada firmado y si lo tiene con usted.
 - Si no tiene un formulario de directiva anticipada firmado, el hospital tiene formularios y le preguntará si desea firmar uno.

Usted tiene derecho a:

- Que la directiva anticipada se incluya en sus registros médicos.
- Cambiar o cancelar su directiva anticipada en cualquier momento.
- Conocer los cambios en las leyes de directivas anticipadas. SFHP Care Plus le informará sobre los cambios a la ley estatal en un período no mayor a 90 días después del cambio.



Si tiene preguntas, llame a SFHP Care Plus al 1(833) 530-7327 (TTY: 711).

Estamos disponibles de 8:00am a 8:00pm, los siete días de la semana de octubre a marzo; cerrados los sábados y domingos de abril a septiembre. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite sfhp.org/careplus-members.

Por ley, nadie puede negarle atención o discriminarlo en función de si firmó una directiva anticipada. Llame a Servicio al Cliente de SFHP Care Plus para obtener más información.

G3. Qué hacer si no se siguen las instrucciones

Si usted firmó un formulario de directivas anticipadas y cree que un médico u hospital no siguió las instrucciones detalladas en él, puede presentar una reclamación de la siguiente manera:

- Presentar una queja ante SFHP Care Plus; o bien
- Presentar una queja contra proveedores individuales: Medical Board of CA. Puede llamar a la Medical Board of California al 1-800-633-2322, o
- Presentar una queja contra hospitales: CA Dept. of Public Health. Puede llamar al CDPH al 1-800-236-9747.

H. Su derecho a presentar quejas y pedirnos que reconsideremos nuestras decisiones

El **Capítulo 9** de este *Manual del miembro* le indica lo que puede hacer si tiene algún problema o inquietud sobre sus servicios o atención cubiertos. Por ejemplo, puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura, presentar una apelación para cambiar una decisión de cobertura o presentar una queja.

Tiene derecho a obtener información sobre las apelaciones y quejas que otros miembros del plan han presentado contra nosotros. Llame al Servicio al Cliente de SFHP Care Plus para obtener esta información.

H1. Qué hacer con respecto al trato injusto o para obtener más información sobre sus derechos

Si cree que lo tratamos injustamente, y **no se** trata de discriminación por las razones enumeradas en el **Capítulo 11** de este *Manual del miembro*, o si desea obtener más información sobre sus derechos, puede llamar al:

- Servicio al Cliente de SFHP Care Plus, al 1(833) 530-7327 (TTY: 711). Estamos disponibles de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana de octubre a marzo; cerrados los sábados y domingos de abril a septiembre. La llamada es gratuita.
- El Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP) al 1-800-434-0222. Para obtener más detalles sobre el HICAP, consulte el **Capítulo 2**.



Si tiene preguntas, llame a SFHP Care Plus al 1(833) 530-7327 (TTY: 711).

Estamos disponibles de 8:00am a 8:00pm, los siete días de la semana de octubre a marzo; cerrados los sábados y domingos de abril a septiembre. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite sfhp.org/careplus-members.

- El Medi-Cal Ombudsman al 1-888-452-8609. Para obtener más detalles sobre este programa, consulte el **Capítulo 2** de este *Manual del miembro*.
- Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. (También puede leer o descargar “Medicare Rights & Protections”, que se encuentra en el sitio web de Medicare en www.medicare.gov/publications/11534-medicare-rights-and-protections.pdf).

I. Sus responsabilidades como miembro del plan

Como miembro del plan, tiene la responsabilidad de hacer las cosas que se enumeran a continuación. Si tiene alguna pregunta, llame a Servicio al Cliente de SFHP Care Plus.

- **Lea este *Manual del miembro*** para conocer lo que cubre nuestro plan y las reglas a seguir para obtener servicios y medicamentos cubiertos. Para obtener detalles sobre sus:
 - Servicios cubiertos, consulte los **Capítulos 3 y 4** de este *Manual del miembro*. Esos capítulos le indican qué está cubierto, qué no está cubierto, qué reglas debe seguir y cuánto paga.
 - Medicamentos cubiertos, consulte los **Capítulos 5 y 6** de este *Manual del miembro*.
- **Infórmenos sobre cualquier otra cobertura de salud o medicamentos** que tenga. Debemos asegurarnos de que use todas sus opciones de cobertura cuando reciba atención médica. Llame a Servicio al Cliente de SFHP Care Plus si tiene otra cobertura.
- **Informe a su médico y a otros proveedores de atención médica** que es miembro de nuestro plan. Muestre su tarjeta de ID de miembro cuando reciba servicios o medicamentos.
- **Ayude a sus médicos** y otros proveedores de atención médica a brindarle la mejor atención.
 - Bríndeles la información que necesitan sobre usted y su salud. Aprenda todo lo que pueda sobre sus problemas de salud. Siga los planes de tratamiento y las instrucciones que usted y sus proveedores acuerden.



Si tiene preguntas, llame a SFHP Care Plus al 1(833) 530-7327 (TTY: 711).

Estamos disponibles de 8:00am a 8:00pm, los siete días de la semana de octubre a marzo; cerrados los sábados y domingos de abril a septiembre. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite sfhp.org/careplus-members.

- Asegúrese de que sus médicos y otros proveedores sepan sobre todos los medicamentos que toma. Esto incluye medicamentos, medicamentos de venta libre, vitaminas y suplementos.
- Haga cualquier pregunta que tenga. Sus médicos y otros proveedores deben explicarle las cosas de una manera que pueda entender. Si hace una pregunta y no entiende la respuesta, vuelva a preguntar.
- **Trabaje con su administrador de atención,** incluida la realización de una evaluación anual de riesgos para la salud.
- **Sea considerado.** Esperamos que todos los miembros del plan respeten los derechos de los demás. También esperamos que actúe con respeto en el consultorio de su médico, hospitales y otros consultorios de proveedores.
- **Pague lo que debe.** Como miembro del plan, usted es responsable de estos pagos:
 - Primas de Medicare Part A y Medicare Part B. Para la mayoría de los miembros de SFHP Care Plus, Medi-Cal paga su prima de Medicare Part A y su prima de Medicare Part B.
 - Para algunos de sus medicamentos cubiertos por nuestro plan, debe pagar su parte del costo cuando reciba el medicamento. Esto será un copago (una cantidad fija). El **Capítulo 6** informa lo que debe pagar por sus medicamentos.
 - **Si recibe algún servicio o medicamento que no esté cubierto por nuestro plan, debe pagar el costo total.** (Nota: Si no está de acuerdo con nuestra decisión de no cubrir un servicio o medicamento, puede presentar una apelación. Consulte el **Capítulo 9** para saber cómo presentar una apelación).
- **Díganos si se muda.** Si planea mudarse, díganos de inmediato. Llame a su administrador de atención o a Servicio al Cliente de SFHP Care Plus.
 - **Si se muda fuera de nuestra área de servicio, no puede permanecer en nuestro plan.** Solo las personas que viven en nuestra área de servicio pueden ser miembros de este plan. El **Capítulo 1** de este *Manual del miembro* le informa sobre nuestra área de servicio.
 - Podemos ayudarlo a averiguar si se muda fuera de nuestra área de servicio.



Si tiene preguntas, llame a SFHP Care Plus al 1(833) 530-7327 (TTY: 711).

Estamos disponibles de 8:00am a 8:00pm, los siete días de la semana de octubre a marzo; cerrados los sábados y domingos de abril a septiembre. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite sfhp.org/careplus-members.

- Informe a Medicare y Medi-Cal su nueva dirección cuando se mude. Consulte el **Capítulo 2** de este *Manual del miembro* para conocer los números de teléfono de Medicare y Medi-Cal.
- **Si se muda y permanece en nuestra área de servicio, aún necesitamos saberlo.** Necesitamos mantener su registro de membresía actualizado y saber cómo comunicarnos con usted.
- **Si se muda, informe al Social Security (o a la Railroad Retirement Board).**
- **Díganos si tiene un nuevo número de teléfono** o una mejor manera de comunicarnos con usted.
- **Llame a su administrador de atención o a Servicio al Cliente de SFHP Care Plus para obtener ayuda si tiene preguntas o inquietudes.**

J. Su derecho a participar como miembro

Puede participar en el desarrollo de políticas públicas asistiendo a reuniones públicas o uniéndose a nuestro Member Advisory Committee. Le informaremos de cualquier cambio sustancial en la política pública que afecte sus beneficios o servicios.

SFHP quiere escucharlo. Cada trimestre, SFHP tiene reuniones para hablar sobre las cosas que están funcionando bien y cómo SFHP puede mejorar. Se invita a los miembros a asistir.

¡Venga a una reunión! SFHP tiene un grupo denominado el Member Advisory Committee (MAC). Este grupo está conformado por miembros de SFHP y miembros del comité asesor de la comunidad. Puede unirse a este grupo si lo desea. El grupo habla sobre cómo mejorar las políticas de SFHP, los temas de salud para los miembros de SFHP y la comunidad.

Si desea ser parte de este grupo, llame a Servicio al Cliente de SFHP Care Plus a los números que se encuentran al final de esta página.



Si tiene preguntas, llame a SFHP Care Plus al 1(833) 530-7327 (TTY: 711).

Estamos disponibles de 8:00am a 8:00pm, los siete días de la semana de octubre a marzo; cerrados los sábados y domingos de abril a septiembre. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite sfhp.org/careplus-members.

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Introducción

Este capítulo contiene información sobre sus derechos. Lea este capítulo para saber qué hacer si:

- Tiene un problema o una queja sobre su plan.
- Necesita un servicio, artículo o medicamento que su plan dijo que no pagará.
- No está de acuerdo con una decisión que tomó su plan sobre su atención.
- Cree que sus servicios cubiertos están terminando demasiado pronto.
- Tiene un problema o una queja con sus servicios y apoyos a largo plazo, que incluyen servicios comunitarios para adultos (CBAS) y servicios de centros de enfermería (NF).

Este capítulo está dividido en diferentes secciones para ayudarlo a encontrar fácilmente lo que está buscando. **Si tiene un problema o inquietud, lea las partes de este capítulo que se aplican a su situación.**

Debe recibir la atención médica, los medicamentos y los servicios y apoyos a largo plazo que su médico y otros proveedores determinen que son necesarios para su atención como parte de su plan de atención. **Si tiene un problema con su atención, puede llamar al programa Medicare Medi-Cal Ombudsman Program al 1-855-501-3077 para obtener ayuda.** Este capítulo explica las diferentes opciones que tiene para diferentes problemas y quejas, pero siempre puede llamar al Ombudsman Program para que lo guíe a través de su problema. Para obtener recursos adicionales para abordar sus inquietudes y formas de comunicarse con ellos, consulte el **Capítulo 2** de su *Manual del miembro*.



Si tiene preguntas, llame a SFHP Care Plus al 1(833) 530-7327 (TTY: 711).

Estamos disponibles de 8:00am a 8:00pm, los siete días de la semana de octubre a marzo; cerrados los sábados y domingos de abril a septiembre. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite sfhp.org/careplus-members.

Índice

A. Qué hacer si tiene un problema o inquietud.....	214
A1. Sobre los términos legales	214
B. Dónde obtener ayuda	214
B1. Para obtener más información y ayuda	214
C. Comprender las quejas y apelaciones de Medicare y Medi-Cal en nuestro plan....	216
D. Problemas con sus beneficios	216
E. Decisiones de cobertura y apelaciones	217
E1. Decisiones de cobertura	217
E2. Apelaciones	218
E3. Ayuda con decisiones de cobertura y apelaciones	218
E4. ¿Qué sección de este capítulo puede ayudarle?	220
F. Atención médica	220
F1. Usar esta sección	220
F2. Solicitar una decisión de cobertura	221
F3. Hacer una apelación de Nivel 1	224
F4. Hacer una apelación de Nivel 2	228
F5. Problemas de pago.....	235
G. Medicamentos de Medicare Part D.....	236
G1. Decisiones y apelaciones de cobertura de Medicare Part D	236
G2. Excepciones de Medicare Part D	238
G3. Cosas importantes que debe saber sobre cómo solicitar una excepción.....	240
G4. Solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción	240
G5. Hacer una apelación de Nivel 1	243



Si tiene preguntas, llame a SFHP Care Plus al 1(833) 530-7327 (TTY: 711).

Estamos disponibles de 8:00am a 8:00pm, los siete días de la semana de octubre a marzo; cerrados los sábados y domingos de abril a septiembre. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite sfhp.org/careplus-members.

G6. Hacer una apelación de Nivel 2	245
H. Pedirnos que cubramos una estadía en el hospital más prolongada	247
H1. Aprender sobre sus derechos de Medicare	248
H2. Hacer una apelación de Nivel 1	249
H3. Hacer una apelación de Nivel 2	251
I. Pedirnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos	252
I1. Aviso previo antes de que finalice su cobertura	253
I2. Hacer una apelación de Nivel 1	253
I3. Hacer una apelación de Nivel 2	255
J. Llevar su apelación más allá del Nivel 2	256
J1. Próximos pasos para los servicios y artículos de Medicare	256
J2. Apelaciones adicionales de Medi-Cal	257
J3. Niveles de apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de medicamentos de Medicare Part D	258
K. Cómo hacer una queja	260
K1. ¿Qué tipo de problemas deben ser quejas?	260
K2. Quejas internas	261
K3. Quejas externas	262



Si tiene preguntas, llame a SFHP Care Plus al 1(833) 530-7327 (TTY: 711).

Estamos disponibles de 8:00am a 8:00pm, los siete días de la semana de octubre a marzo; cerrados los sábados y domingos de abril a septiembre. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite sfhp.org/careplus-members.

A. Qué hacer si tiene un problema o inquietud

Este capítulo explica cómo manejar problemas e inquietudes. El proceso que utilice depende del tipo de problema que tenga. Use un proceso para **decisiones de cobertura y apelaciones** y otro para **presentar quejas** (también llamadas reclamaciones).

Para garantizar la equidad y la rapidez, cada proceso tiene un conjunto de reglas, procedimientos y plazos que nosotros y usted debemos seguir.

A1. Sobre los términos legales

Hay términos legales en este capítulo para algunas reglas y plazos. Muchos de estos términos pueden ser difíciles de entender, por lo que usamos palabras más simples en lugar de ciertos términos legales cuando podemos. Usamos abreviaturas lo menos posible.

Por ejemplo, decimos:

- “Hacer una queja” en lugar de “presentar una reclamación”
- “Decisión de cobertura” en lugar de “determinación de la organización”, “determinación de beneficios”, “determinación de riesgo” o “determinación de cobertura”
- “Decisión de cobertura rápida” en lugar de “determinación acelerada”
- “Organización de revisión independiente” (IRO) en lugar de “Entidad de revisión independiente” (IRE)

Conocer los términos legales adecuados puede ayudarlo a comunicarse con mayor claridad, por lo que también los proporcionamos.

B. Dónde obtener ayuda

B1. Para obtener más información y ayuda

A veces es confuso iniciar o seguir el proceso para tratar un problema. Esto puede ser especialmente cierto si no se siente bien o tiene energía limitada. Otras veces, es posible que no tenga la información que necesita para dar el siguiente paso.

Ayuda de nuestro plan

Puede llamar a nuestro plan al 1(833) 530-7327 para obtener ayuda para resolver un problema o responder preguntas.



Si tiene preguntas, llame a SFHP Care Plus al 1(833) 530-7327 (TTY: 711).

Estamos disponibles de 8:00am a 8:00pm, los siete días de la semana de octubre a marzo; cerrados los sábados y domingos de abril a septiembre. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite sfhp.org/careplus-members.

Ayuda del Health Insurance Counseling and Advocacy Program

También puede llamar al Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP) al 1-800-434-0222. También puede revisar su sitio web en cahealthadvocates.org/hicap. Los asesores del HICAP pueden responder sus preguntas y ayudarlo a comprender qué hacer acerca de su problema. El HICAP no está relacionado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. El HICAP tiene asesores capacitados en todos los condados y los servicios son gratuitos. El número de teléfono del HICAP es 1-800-434-0222.

Ayuda del Medicare Medi-Cal Ombudsman Program

Puede llamar al Medicare Medi-Cal Ombudsman Program y hablar con un defensor sobre sus preguntas sobre la cobertura de salud. Es posible que puedan ofrecer ayuda legal gratuita. El Ombudsman Program no está relacionado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. Su número de teléfono es 1-855-501-3077 y su sitio web es www.healthconsumer.org.

Ayuda e información de Medicare

Para obtener más información y ayuda, puede comunicarse con Medicare. Aquí hay dos formas de obtener ayuda de Medicare:

- Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- Visite el sitio web de Medicare (www.medicare.gov).

Ayuda del California Department of Health Care Services

El Medi-Cal Managed Care Ombudsman del California Department of Health Care Services (DHCS) también puede ayudar. Puede ayudarlo si tiene problemas para unirse, cambiar o dejar el plan de salud. También puede ayudarlo si usted se mudó y tiene problemas para transferir su Medi-Cal a su nuevo condado. Puede llamar al Ombudsman de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m. al 1-888-452-8609.

Ayuda del California Department of Managed Health Care

Comuníquese con el California Department of Managed Health Care (DMHC) para obtener ayuda gratuita. El DMHC es responsable de supervisar los planes de salud. El DMHC ayuda a las personas con apelaciones sobre servicios de Medi-Cal o problemas de facturación. El número de teléfono es 1-888-466-2219. Las personas sordas, con



Si tiene preguntas, llame a SFHP Care Plus al 1(833) 530-7327 (TTY: 711).

Estamos disponibles de 8:00am a 8:00pm, los siete días de la semana de octubre a marzo; cerrados los sábados y domingos de abril a septiembre. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite sfhp.org/careplus-members.

problemas de audición o del habla pueden usar el número gratuito de TDD, 1-877-688-9891. También puede visitar el sitio web del DMHC en www.dmh.ca.gov.

El California Department of Managed Health Care se encarga de regular los planes de los servicios de atención médica. Si tiene una queja contra su plan de salud, primero tiene que llamar por teléfono a su plan de salud al **1(833) 530-7327** 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 el número de teléfono gratuito (**1-888-466-2219**) y una línea TDD (**1-877-688-9891**) para personas con deficiencias auditivas y del habla. El sitio web del departamento www.dmh.ca.gov tiene formularios de quejas, formularios de solicitud de IMR e instrucciones en línea.

C. Comprender las quejas y apelaciones de Medicare y Medi-Cal en nuestro plan

Usted tiene Medicare y Medi-Cal. La información de este capítulo se aplica a todos sus beneficios de atención administrada de Medicare y Medi-Cal. Esto a veces se denomina “proceso integrado” porque combina o integra los procesos de Medicare y Medi-Cal.

A veces, los procesos de Medicare y Medi-Cal no se pueden combinar. En esas situaciones, utiliza un proceso para un beneficio de Medicare y otro proceso para un beneficio de Medi-Cal. La **Sección F4** explica estas situaciones.

D. Problemas con sus beneficios

Si tiene un problema o inquietud, lea las partes de este capítulo que se aplican a su situación. La siguiente tabla le ayuda a encontrar la sección correcta de este capítulo para problemas o quejas.



Si tiene preguntas, llame a SFHP Care Plus al 1(833) 530-7327 (TTY: 711).

Estamos disponibles de 8:00am a 8:00pm, los siete días de la semana de octubre a marzo; cerrados los sábados y domingos de abril a septiembre. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite sfhp.org/careplus-members.

¿Es su problema o preocupación sobre sus beneficios o cobertura? Esto incluye problemas sobre si la atención médica en particular (artículos médicos, servicios y/o medicamentos de la Part B) está cubierta o no, la forma en que están cubiertos y problemas sobre el pago de la atención médica.	
Sí. Mi problema es sobre beneficios o cobertura. Consulte la Sección E , “Decisiones de cobertura y apelaciones”.	No. Mi problema no es sobre beneficios o cobertura. Consulte la Sección K , “Cómo presentar una queja”.

E. Decisiones de cobertura y apelaciones

El proceso para solicitar una decisión de cobertura y presentar una apelación se ocupa de los problemas relacionados con sus beneficios y la cobertura de su atención médica (servicios, artículos y medicamentos de la Part B, incluido el pago). Para simplificar las cosas, generalmente nos referimos a artículos médicos, servicios y medicamentos de la Part B como atención médica. Usted utiliza la decisión de cobertura y el proceso de apelaciones para asuntos como si algo está cubierto o no y la manera en que está cubierto.

E1. Decisiones de cobertura

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y cobertura o sobre la cantidad que pagamos por sus servicios médicos o medicamentos. Usted o su médico también pueden comunicarse con nosotros y solicitar una decisión de cobertura. Es posible que usted o su médico no estén seguros de si cubrimos un servicio médico específico o si podemos negarnos a brindarle la atención médica que cree que necesita. **Si desea saber si cubriremos un servicio médico antes de que lo reciba, puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura por usted.**

Tomamos una decisión de cobertura cuando revisamos una solicitud de servicio o un reclamo. En algunos casos, podemos decidir que un servicio o medicamento no está cubierto o ya no está cubierto por Medicare o Medi-Cal. Si no está de acuerdo con esta decisión de cobertura, puede presentar una apelación.



Si tiene preguntas, llame a SFHP Care Plus al 1(833) 530-7327 (TTY: 711).

Estamos disponibles de 8:00am a 8:00pm, los siete días de la semana de octubre a marzo; cerrados los sábados y domingos de abril a septiembre. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite sfhp.org/careplus-members.

E2. Apelaciones

Si tomamos una decisión de cobertura y no está satisfecho con esta decisión, puede “apelar” la decisión. Una apelación es una forma formal de pedirnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura que tomamos.

Cuando apela una decisión por primera vez, esto se denomina apelación de Nivel 1. En esta apelación, revisamos la decisión de cobertura que tomamos para verificar si seguimos todas las reglas correctamente. Revisores diferentes a los que tomaron la decisión desfavorable original manejan su apelación.

En la mayoría de los casos, debe iniciar su apelación en el Nivel 1. Si su problema de salud es urgente o implica una amenaza inmediata y grave para su salud, o si tiene un dolor intenso y necesita una decisión más rápida, puede solicitar una revisión médica de IMR del Department of Managed Health Care en www.dmhca.ca.gov. Para obtener más información, consulte la **Sección F4**.

Cuando completamos la revisión, le damos nuestra decisión. Bajo ciertas circunstancias, que se explican más adelante en este capítulo, puede solicitar una “decisión de cobertura rápida” o “apelación rápida” de una decisión de cobertura.

Si decimos que **no** a parte o a todo lo que pidió, le enviaremos una carta. Si su problema es sobre la cobertura de una atención médica de Medicare, la carta le dirá que enviamos su caso a la Organización de revisión independiente (IRO) para una apelación de Nivel 2. Si su problema es sobre la cobertura de un servicio o artículo de Medicare Part D o Medicaid, la carta le indicará cómo presentar una apelación de Nivel 2 usted mismo. Consulte la **Sección F4** para obtener más información sobre las apelaciones de Nivel 2.

Si no está satisfecho con la decisión de apelación de Nivel 2, es posible que pueda pasar por niveles adicionales de apelación.

E3. Ayuda con decisiones de cobertura y apelaciones

Puede pedir ayuda a cualquiera de los siguientes:

- **Servicio al Cliente de SFHP Care Plus** a los números que figuran en la parte inferior de la página.
- **El Medicare Medi-Cal Ombudsman Program al 1-855-501-3077.**
- **Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP) al 1-800-434-0222.**



Si tiene preguntas, llame a SFHP Care Plus al 1(833) 530-7327 (TTY: 711).

Estamos disponibles de 8:00am a 8:00pm, los siete días de la semana de octubre a marzo; cerrados los sábados y domingos de abril a septiembre. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite sfhp.org/careplus-members.

- **El Centro de ayuda del Department of Managed Health Care (DMHC)** para obtener ayuda gratuita. El DMHC ayuda a las personas con apelaciones relacionadas con los servicios de Medi-Cal o problemas de facturación. El número de teléfono es 1-888-466-2219. Las personas sordas, con problemas de audición o del habla pueden usar el número gratuito de TDD, 1-877-688-9891. También puede visitar el sitio web del DMHC en www.dmhc.ca.gov. Si bien el DMHC puede ayudar a las personas en los planes administrados de Medi-Cal, no puede ayudar a las personas en los planes de Medicare solo y en los siguientes County Organized Health Systems (COHS): Partnership Health Plan, Gold Coast Health Plan, CenCal Health, Central California Alliance for Health y CalOptima. El gobierno federal regula Medicare, los planes y el Department of Health Care Services regula los planes COHS.
- **Su médico u otro proveedor.** Su médico u otro proveedor puede solicitar una decisión de cobertura o apelar en su nombre.
- **Un amigo o familiar.** Puede nombrar a otra persona para que actúe en su nombre como su “representante” y solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.
- **Un abogado.** Tiene derecho a un abogado, pero **no está obligado a tener un abogado** para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.
 - Llame a su propio abogado u obtenga el nombre de un abogado del colegio de abogados local u otro servicio de referencia. Algunos grupos legales le brindarán servicios legales gratuitos si califica.
 - Pregunte por un abogado de asistencia legal del Medicare Medi-Cal Ombudsperson Program al 1-855-501-3077.

Complete el formulario de Designación de representante si desea que un abogado u otra persona actúe como su representante. El formulario le da permiso a alguien para actuar en su nombre.

Llame a Servicio al Cliente de SFHP Care Plus a los números que se encuentran en la parte inferior de la página y solicite el formulario de “Designación de representante”. Puede obtener el formulario visitando www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web en sfhp.org/careplus-members. **Debe entregarnos una copia del formulario firmado.**



Si tiene preguntas, llame a SFHP Care Plus al 1(833) 530-7327 (TTY: 711).

Estamos disponibles de 8:00am a 8:00pm, los siete días de la semana de octubre a marzo; cerrados los sábados y domingos de abril a septiembre. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite sfhp.org/careplus-members.

E4. ¿Qué sección de este capítulo puede ayudarle?

Hay cuatro situaciones que involucran decisiones de cobertura y apelaciones. Cada situación tiene diferentes reglas y plazos. Damos detalles para cada uno en una sección separada de este capítulo. Consulte la sección que corresponde:

- **Sección F**, “Atención médica”
- **Sección G**, “Medicamentos de Medicare Part D”
- **Sección H**, “Pedirnos que cubramos una estadía en el hospital más prolongada”
- **Sección I**, “Pedirnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos” (Esta sección solo se aplica a estos servicios: atención médica domiciliaria, atención en un centro de enfermería especializada y servicios de Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF)).

Si no está seguro de qué sección usar, llame a Servicio al Cliente de SFHP Care Plus a los números que se encuentran en la parte inferior de la página.

F. Atención médica

Esta sección explica qué hacer si tiene problemas para obtener cobertura para la atención médica o si desea que le reembolsemos nuestra parte del costo de su atención. Para obtener información sobre cómo solicitar una estadía en el hospital más prolongada, consulte la **Sección H**.

Esta sección trata sobre sus beneficios para la atención médica que se describe en el **Capítulo 4** de este *Manual del miembro* en la tabla de beneficios. En algunos casos, se pueden aplicar reglas diferentes a un medicamento de Medicare Part B. Cuando lo hacen, explicamos cómo las reglas para los medicamentos de Medicare Part B difieren de las reglas para los servicios y artículos médicos.

F1. Usar esta sección

En esta sección se explica lo que puede hacer en cualquiera de las siguientes situaciones:

1. Usted cree que cubrimos la atención médica que necesita, pero que no recibe.

Lo que puede hacer: Puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura. Consulte la **Sección F2**.

2. No aprobamos la atención médica que su médico u otro proveedor de atención médica quiere brindarle, y usted cree que deberíamos hacerlo.



Si tiene preguntas, llame a SFHP Care Plus al 1(833) 530-7327 (TTY: 711).

Estamos disponibles de 8:00am a 8:00pm, los siete días de la semana de octubre a marzo; cerrados los sábados y domingos de abril a septiembre. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite sfhp.org/careplus-members.

Lo que puede hacer: Puede apelar nuestra decisión. Consulte la **Sección F3**.

3. Recibió atención médica que cree que cubrimos, pero no pagaremos.

Lo que puede hacer: Puede apelar nuestra decisión de no pagar. Consulte la **Sección F5**.

4. Recibió y pagó la atención médica que pensó que cubríamos y quiere que le devolvamos el dinero.

Lo que puedes hacer: Puede pedirnos que le devolvamos el dinero. Consulte la **Sección F5**.

5. Redujimos o suspendimos su cobertura para cierta atención médica y cree que nuestra decisión podría dañar su salud.

Lo que puedes hacer: Puede apelar nuestra decisión de reducir o suspender la atención médica. Consulte la **Sección F4**.

- Si la cobertura es para atención hospitalaria, atención médica domiciliaria, atención en un centro de enfermería especializada o servicios CORF, se aplican reglas especiales. Consulte la **Sección H** o la **Sección I** para obtener más información.
 - Para todas las demás situaciones que impliquen reducir o suspender su cobertura para cierta atención médica, use esta sección (**Sección F**) como guía.
6. Está experimentando retrasos en la atención o no puede encontrar un médico.

Lo que puede hacer: Puede presentar una queja. Consulte la **Sección K2**.

F2. Solicitar una decisión de cobertura

Cuando una decisión de cobertura involucra su atención médica, se denomina **determinación de organización integrada**.

Usted, su médico o su representante pueden solicitarnos una decisión de cobertura:

- Llamando a Servicio al Cliente de SFHP Care Plus al 1-833-530-7327 (TTY: 711).
- Enviando un fax al: 1(415) 547-7825
- Escribiendo a: SFHP Care Plus, P.O. Box 194247, San Francisco, CA 94119.



Si tiene preguntas, llame a SFHP Care Plus al 1(833) 530-7327 (TTY: 711).

Estamos disponibles de 8:00am a 8:00pm, los siete días de la semana de octubre a marzo; cerrados los sábados y domingos de abril a septiembre. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite sfhp.org/careplus-members.

Decisión de cobertura estándar

Cuando le damos nuestra decisión, usamos los plazos “estándar” a menos que aceptemos usar los plazos “rápidos”. Una decisión de cobertura estándar significa que le damos una respuesta dentro de:

- **Cinco días hábiles y, a más tardar, siete días calendario** después de que recibamos su solicitud **de un servicio médico o artículo sujeto a nuestras reglas de autorización previa.**
- **Cinco días hábiles y, a más tardar, 14 días calendario** después de que recibamos **su solicitud de cualquier otro servicio médico o artículo.**
- **72 horas** después de que recibamos su solicitud de un medicamento de **Medicare Part B.**

Para un artículo o servicio médico, podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales si solicitamos más tiempo o si necesitamos información adicional que pueda beneficiarlo (como registros médicos de proveedores fuera de la red). Si nos tomamos días adicionales para tomar una decisión, se lo informaremos por escrito. **No podemos tomarnos días adicionales si su solicitud es para un medicamento de Medicare Part B.**

Si considera que **no deberíamos** tomarnos días adicionales, puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de tomarnos días adicionales. Cuando presenta una queja rápida, le respondemos en un plazo de 24 horas. El proceso para presentar una queja es diferente del proceso para tomar decisiones de cobertura y presentar apelaciones. Para obtener más información sobre cómo presentar una queja, incluida una queja rápida, consulte la **Sección K.**

Decisión de cobertura rápida

El término legal para la decisión de cobertura rápida es **determinación acelerada.**

Cuando nos pida que tomemos una decisión de cobertura sobre su atención médica que requiera una respuesta rápida, pídanos que tomemos una “decisión de cobertura rápida”. Una decisión de cobertura rápida significa que le daremos una respuesta dentro de:

- **72 horas** después de recibir su solicitud **de un servicio o artículo médico.**
- **24 horas** después de que recibamos su solicitud **de un medicamento de Medicare Part B.**

Para un artículo o servicio médico, podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales si determinamos que falta información que pueda beneficiarlo (como registros médicos de proveedores fuera de la red) o si usted necesita tiempo para



Si tiene preguntas, llame a SFHP Care Plus al 1(833) 530-7327 (TTY: 711).

Estamos disponibles de 8:00am a 8:00pm, los siete días de la semana de octubre a marzo; cerrados los sábados y domingos de abril a septiembre. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite sfhp.org/careplus-members.

proporcionarnos información para la revisión. Si nos tomamos días adicionales para tomar una decisión, se lo informaremos por escrito. **No podemos tomarnos tiempo adicional si su solicitud es para un medicamento de Medicare Part B.**

Si considera que **no deberíamos** tomarnos días adicionales para tomar la decisión de cobertura, puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de tomarnos días adicionales. Para obtener más información sobre cómo presentar una queja, incluida una queja rápida, consulte la **Sección K**. Lo llamaremos tan pronto como tomemos la decisión.

Para obtener una decisión de cobertura rápida, debe cumplir con dos requisitos:

- Está solicitando cobertura para artículos y/o servicios médicos que **no recibió**. No puede solicitar una decisión de cobertura rápida sobre el pago de artículos o servicios que ya recibió.
- El uso de los plazos estándar **podría causar graves daños a su salud** o perjudicar su capacidad para funcionar.

Automáticamente le damos una decisión de cobertura rápida si su médico nos dice que su salud lo requiere. Si pide una sin el apoyo de su médico, decidimos si obtiene una decisión de cobertura rápida.

- Si decidimos que su salud no cumple con los requisitos para una decisión de cobertura rápida, le enviamos una carta que lo dice y, en su lugar, usamos los plazos estándar. La carta le informa que:
 - Automáticamente le damos una decisión de cobertura rápida si su médico lo solicita.
 - Cómo puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de darle una decisión de cobertura estándar en lugar de una decisión de cobertura rápida. Para obtener más información sobre cómo presentar una queja, incluida una queja rápida, consulte la **Sección K**.

Si decimos que no a una parte o a la totalidad de su solicitud, le enviamos una carta explicando los motivos.

- Si decimos que **no**, tiene derecho a presentar una apelación. Si considera que cometimos un error, presentar una apelación es una manera formal de pedirnos que revisemos nuestra decisión y la cambiemos.
- Si decide presentar una apelación, pasará al Nivel 1 del proceso de apelación (consulte la **Sección F3**).



Si tiene preguntas, llame a SFHP Care Plus al 1(833) 530-7327 (TTY: 711).

Estamos disponibles de 8:00am a 8:00pm, los siete días de la semana de octubre a marzo; cerrados los sábados y domingos de abril a septiembre. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite sfhp.org/careplus-members.

En circunstancias limitadas, podemos desestimar su solicitud de una decisión de cobertura, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Algunos ejemplos de cuándo se desestimaré una solicitud son:

- si la solicitud está incompleta,
- si alguien hace la solicitud en su nombre pero no está legalmente autorizado para hacerlo, o
- si solicita que se retire su solicitud.

Si desestimamos una solicitud de decisión de cobertura, le enviaremos un aviso explicando por qué se desestimó la solicitud y cómo solicitar una revisión de la desestimación. Esta revisión se denomina una apelación. Las apelaciones se analizan en la siguiente sección.

F3. Hacer una apelación de Nivel 1

Para iniciar una apelación relacionada con un servicio o artículo denegado, o para continuar con un servicio o artículo que ya está recibiendo, usted, su médico o su representante autorizado deben comunicarse con nosotros. Llame a Servicio al Cliente de SFHP Care Plus al 1(833) 530-7327 (TTY: 711).

Solicite una apelación estándar o una apelación rápida por escrito o llamándonos al 1(833) 530-7327 (TTY: 711).

- Si su médico u otro proveedor le pide continuar con un servicio o artículo que ya está recibiendo durante su apelación, es posible que deba nombrarlo como su representante para que actúe en su nombre.
- Si alguien que no sea su médico hace la apelación por usted, incluya un formulario de Designación de representante que autorice a esta persona a representarlo. Puede obtener el formulario visitando www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web en sfhp.org/careplus-members.
- Podemos aceptar una solicitud de apelación sin el formulario, pero no podemos comenzar ni completar nuestra revisión hasta que la recibamos. Si no recibimos el formulario antes de la fecha límite para tomar una decisión sobre su apelación:
 - Rechazamos su solicitud, y
 - Le enviamos un aviso por escrito explicando su derecho a pedirle a la IRO que revise nuestra decisión de desestimar su apelación.



Si tiene preguntas, llame a SFHP Care Plus al 1(833) 530-7327 (TTY: 711).

Estamos disponibles de 8:00am a 8:00pm, los siete días de la semana de octubre a marzo; cerrados los sábados y domingos de abril a septiembre. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite sfhp.org/careplus-members.

- Debe solicitar una apelación dentro de los 65 días calendario a partir de la fecha de la carta que le enviamos para informarle nuestra decisión.
- Si no cumple con la fecha límite y tiene una buena razón para no cumplirla, es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Ejemplos de buenas razones son cosas como que tuvo una enfermedad grave o le dimos la información incorrecta sobre la fecha límite. Explique la razón por la cual su apelación se retrasa cuando la haga.
- Tiene derecho a solicitarnos una copia gratuita de la información sobre su apelación. Usted y su médico también pueden darnos más información para respaldar su apelación.

Si su salud lo requiere, solicite una apelación rápida.

El término legal para “apelación rápida” es “**reconsideración acelerada**”.

- Si apela una decisión que tomamos sobre la cobertura de la atención, usted y/o su médico pueden solicitar una apelación rápida.

Automáticamente le damos una apelación rápida si su médico nos dice que su salud lo requiere. Si pregunta sin el apoyo de su médico, decidimos si recibe una apelación rápida.

- Si decidimos que su salud no cumple con los requisitos para una apelación rápida, le enviamos una carta que lo dice y usamos los plazos estándar en su lugar. La carta le informa que:
 - Automáticamente le damos una apelación rápida si su médico lo solicita.
 - Cómo puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de darle una apelación estándar en lugar de una apelación rápida. Para obtener más información sobre cómo presentar una queja, incluida una queja rápida, consulte la **Sección K**.

Si le informamos que suspendemos o reducimos los servicios o artículos que ya recibe, es posible que pueda continuar con esos servicios o artículos durante su apelación.

- Si decidimos cambiar o suspender la cobertura de un servicio o artículo que recibe, le enviamos un aviso antes de tomar medidas.
- Si no está de acuerdo con nuestra decisión, puede presentar una apelación de nivel 1.



Si tiene preguntas, llame a SFHP Care Plus al 1(833) 530-7327 (TTY: 711).

Estamos disponibles de 8:00am a 8:00pm, los siete días de la semana de octubre a marzo; cerrados los sábados y domingos de abril a septiembre. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite sfhp.org/careplus-members.

- Continuamos cubriendo el servicio o artículo si solicita una apelación de Nivel 1 dentro de los diez días calendario posteriores a la fecha de nuestra carta o antes de la fecha de vigencia prevista de la acción, lo que ocurra más tarde.
 - Si cumple con esta fecha límite, recibirá el servicio o artículo sin cambios mientras su apelación de Nivel 1 esté pendiente.
 - También obtendrá todos los demás servicios o artículos (que no son objeto de su apelación) sin cambios.
 - Si no apela antes de estas fechas, su servicio o artículo no continuará mientras espera la decisión de su apelación.

Consideramos su apelación y le damos nuestra respuesta.

- Cuando revisamos su apelación, analizamos detenidamente toda la información sobre su solicitud de cobertura de atención médica.
- Verificamos si seguimos todas las reglas cuando dijimos que **no** a su solicitud.
- Recopilamos más información si la necesitamos. Es posible que nos comuniquemos con usted o su médico para obtener más información.

Hay plazos para una apelación rápida.

- Cuando usamos los plazos rápidos, debemos darle nuestra respuesta **dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su apelación, o antes si su salud requiere una respuesta más rápida**. Si rechazamos una apelación acelerada, le daremos a usted, a su médico, al profesional que receta o a su representante una confirmación verbal de la denegación.
 - Si no le damos una respuesta dentro de las 72 horas, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación. Luego, una IRO la revisa. La IRO le notificará por escrito cuando reciba su apelación. Más adelante en este capítulo, le informamos sobre esta organización y explicamos el proceso de apelación de Nivel 2. Si su problema es sobre la cobertura de un servicio o artículo de Medi-Cal, puede presentar una Audiencia estatal de Nivel 2 ante el estado usted mismo tan pronto como se acabe el tiempo. En California, una Audiencia estatal se llama Audiencia imparcial estatal. Para presentar una audiencia imparcial estatal, consulte la sección “**Cuando su problema es sobre un servicio o artículo que Medi-Cal generalmente cubre**”, cuando corresponda.



Si tiene preguntas, llame a SFHP Care Plus al 1(833) 530-7327 (TTY: 711).

Estamos disponibles de 8:00am a 8:00pm, los siete días de la semana de octubre a marzo; cerrados los sábados y domingos de abril a septiembre. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite sfhp.org/careplus-members.

- **Si decimos que sí a parte o a la totalidad de su solicitud**, debemos autorizar o proporcionar la cobertura que acordamos proporcionar dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su apelación, o antes si su salud lo requiere.
- **Si decimos que no a una parte o a la totalidad de su solicitud**, enviamos su apelación a la IRO para una apelación de Nivel 2.

Hay plazos para una apelación estándar.

- Cuando usamos los plazos estándar, debemos darle nuestra respuesta **dentro de los 30 días calendario** posteriores a la recepción de su apelación para la cobertura de servicios que no recibió.
- Si su solicitud es para un medicamento de Medicare Part B que no recibió, le daremos nuestra respuesta **dentro de los siete días calendario** posteriores a la recepción de su apelación o antes si su salud lo requiere.
 - Si no le damos una respuesta antes de la fecha límite, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones. Luego, una IRO la revisa. Más adelante en este capítulo, en la **Sección F4**, le informamos sobre esta organización y explicamos el proceso de apelación de Nivel 2. Si su problema es sobre la cobertura de un servicio o artículo de Medi-Cal, puede presentar una Audiencia estatal de Nivel 2 ante el estado usted mismo tan pronto como se acabe el tiempo. En California, una Audiencia estatal se llama Audiencia imparcial estatal. Para presentar una audiencia estatal, consulte “**Cuando su problema es sobre un servicio o artículo que Medi-Cal generalmente cubre**” en la **Sección F4**.

Si decimos que sí a una parte o a la totalidad de su solicitud, debemos autorizar o proporcionar la cobertura que acordamos proporcionar dentro de los 30 días calendario posteriores a la fecha en que recibimos su solicitud de apelación, o tan pronto como lo requiera su condición de salud y dentro de las 72 horas posteriores a la fecha en que cambiemos nuestra decisión, o dentro de los siete días calendario posteriores a la fecha en que recibimos su apelación si su solicitud es para un medicamento de Medicare Part B.

Si decimos que **no** a una parte o a la totalidad de su solicitud, **tiene derechos de apelación adicionales**:

- Si decimos que **no** a una parte o a todo lo que pidió, le enviamos una carta.
- Si su problema es sobre la cobertura de un servicio o artículo de Medicare, la carta le dice que enviamos su caso a la IRO para una apelación de Nivel 2.
- Si su problema es sobre la cobertura de un servicio o artículo de Medi-Cal, la carta le indica cómo presentar una apelación de Nivel 2 usted mismo.



Si tiene preguntas, llame a SFHP Care Plus al 1(833) 530-7327 (TTY: 711).

Estamos disponibles de 8:00am a 8:00pm, los siete días de la semana de octubre a marzo; cerrados los sábados y domingos de abril a septiembre. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite sfhp.org/careplus-members.

F4. Hacer una apelación de Nivel 2

Si decimos que **no** a una parte o a la totalidad de su apelación de Nivel 1, le enviaremos una carta. Esta carta le indica si Medicare, Medi-Cal o ambos programas generalmente cubren el servicio o artículo.

- Si su problema es sobre un servicio o artículo que **Medicare** generalmente cubre, enviamos automáticamente su caso al Nivel 2 del proceso de apelaciones tan pronto como se complete la apelación de Nivel 1.
- Si su problema es sobre un servicio o artículo que **Medi-Cal** generalmente cubre, puede presentar una apelación de Nivel 2 usted mismo. La carta le indica cómo hacer esto. También incluimos más información más adelante en este capítulo.
- Si su problema es sobre un servicio o artículo que tanto **Medicare como Medi-Cal** pueden cubrir, automáticamente obtiene una apelación de Nivel 2 con la IRO. Además de la apelación automática de Nivel 2, también puede solicitar una Audiencia estatal y una Revisión médica independiente con el estado. Sin embargo, una Revisión médica independiente no está disponible si ya ha presentado evidencia en una Audiencia estatal.

Si calificó para la continuación de los beneficios cuando presentó su apelación de Nivel 1, sus beneficios por el servicio, artículo o medicamento bajo apelación también pueden continuar durante el Nivel 2. Consulte la **Sección F3** para obtener información sobre cómo continuar con sus beneficios durante las apelaciones de Nivel 1.

- Si su problema es sobre un servicio que generalmente cubre solo Medicare, sus beneficios por ese servicio no continúan durante el proceso de apelaciones de Nivel 2 con la IRO.
- Si su problema es sobre un servicio que generalmente cubre solo Medi-Cal, sus beneficios para ese servicio continúan si presenta una apelación de Nivel 2 dentro de los diez días calendario posteriores a la recepción de nuestra carta de decisión.



Si tiene preguntas, llame a SFHP Care Plus al 1(833) 530-7327 (TTY: 711).

Estamos disponibles de 8:00am a 8:00pm, los siete días de la semana de octubre a marzo; cerrados los sábados y domingos de abril a septiembre. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite sfhp.org/careplus-members.

Cuando su problema es sobre un servicio o artículo que Medicare generalmente cubre

La IRO revisa su apelación. Es una organización independiente contratada por Medicare.

El nombre formal de la Organización de revisión independiente (IRO) es **Entidad de revisión independiente**, a veces llamada **IRE**.

- Esta organización no está conectada con nosotros y no es una agencia gubernamental. Medicare eligió a la compañía para ser la IRO, y Medicare supervisa su trabajo.
- Enviamos información sobre su apelación (su “expediente del caso”) a esta organización. Tiene derecho a una copia gratuita de su expediente del caso.
- Tiene derecho a proporcionar a la IRO información adicional para respaldar su apelación.
- Los revisores de la IRO examinan detenidamente toda la información relacionada con su apelación.

Si tuvo una apelación rápida en el Nivel 1, también tiene una apelación rápida en el Nivel 2.

- Si tuvo una apelación rápida para nosotros en el Nivel 1, automáticamente obtiene una apelación rápida en el Nivel 2. La IRO debe darle una respuesta a su apelación de nivel 2 dentro de las **72 horas** posteriores a la recepción de su apelación.

Si tuvo una apelación estándar en el Nivel 1, también tiene una apelación estándar en el Nivel 2.

- Si tuvo una apelación estándar para nosotros en el Nivel 1, automáticamente obtendrá una apelación estándar en el Nivel 2.
- Si su solicitud es para un artículo o servicio médico, la IRO debe darle una respuesta a su apelación de nivel 2 dentro de los **30 días calendario** posteriores a la recepción de su apelación.
- Si su solicitud es para un medicamento de Medicare Part B, la IRO debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 dentro de los **siete días calendario** posteriores a la recepción de su apelación.



Si tiene preguntas, llame a SFHP Care Plus al 1(833) 530-7327 (TTY: 711).

Estamos disponibles de 8:00am a 8:00pm, los siete días de la semana de octubre a marzo; cerrados los sábados y domingos de abril a septiembre. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite sfhp.org/careplus-members.

Si la IRO le da su respuesta por escrito y explica las razones.

- **Si la IRO dice que sí a una parte o a la totalidad de una solicitud de un artículo o servicio médico,** debemos implementar la decisión de inmediato:
 - Autorizar la cobertura de atención médica **dentro de las 72 horas, o**
 - Proporcionar el servicio dentro de los **cinco días hábiles** posteriores a que recibamos la decisión de la IRO para **las solicitudes estándar, o**
 - Proporcionar el servicio dentro de las **72 horas** a partir de la fecha en que recibamos la decisión de la IRO para **solicitudes aceleradas.**
- **Si la IRO dice que sí a una parte o a la totalidad de una solicitud de un medicamento de Medicare Part B,** debemos autorizar o proporcionar el medicamento de Medicare Part B en disputa:
 - **Dentro de las 72 horas** posteriores a la recepción de la decisión de la IRO para **las solicitudes estándar, o**
 - **Dentro de las 24 horas** a partir de la fecha en que recibimos la decisión de la IRO para **solicitudes aceleradas.**
- **Si la IRO dice que no a una parte o a la totalidad de su apelación,** significa que está de acuerdo en que no debemos aprobar su solicitud (o parte de su solicitud) de cobertura para atención médica. Esto se llama “confirmar la decisión” o “rechazar su apelación”.
 - Si su caso cumple con los requisitos, usted elige si desea llevar su apelación más allá.
 - Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelación después del Nivel 2, para un total de cinco niveles.
 - Si su apelación de Nivel 2 es rechazada y cumple con los requisitos para continuar con el proceso de apelación, debe decidir si pasa al Nivel 3 y presenta una tercera apelación. Los detalles sobre cómo hacer esto se encuentran en el aviso por escrito que recibe después de su apelación de Nivel 2.
 - Un juez de derecho administrativo (ALJ) o un abogado adjudicador maneja una apelación de Nivel 3. Consulte la **Sección J** para obtener más información sobre las apelaciones de Nivel 3, 4 y 5.



Si tiene preguntas, llame a SFHP Care Plus al 1(833) 530-7327 (TTY: 711).

Estamos disponibles de 8:00am a 8:00pm, los siete días de la semana de octubre a marzo; cerrados los sábados y domingos de abril a septiembre. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite sfhp.org/careplus-members.

Cuando su problema es sobre un servicio o artículo que Medi-Cal generalmente cubre

Hay dos maneras de presentar una apelación de Nivel 2 para los servicios y productos de Medi-Cal: (1) presentando una queja o solicitando una revisión médica independiente ante el Department of Managed Health Care, o (2) una audiencia estatal ante el Department of Health Care Services.

(1) Department of Managed Health Care (DMHC)

Puede presentar una queja o solicitar una revisión médica independiente (IMR) en el Centro de ayuda del DMHC. Al presentar una queja, el DMHC revisará nuestra decisión. El DMHC hará su propia investigación de su queja o decidirá si el caso califica para IMR. Una IMR puede estar disponible para cualquier servicio o artículo cubierto por Medi-Cal que sea de naturaleza médica. Una IMR es una revisión de su caso por parte de expertos que no forman parte de nuestro plan ni del DMHC. Si la IMR se decide a su favor, debemos brindarle el servicio o artículo que solicitó. No paga costos por una IMR.

Puede presentar una queja o solicitar una IMR si nuestro plan:

- Deniega, cambia o retrasa un servicio o tratamiento de Medi-Cal porque nuestro plan determina que no es médicamente necesario.
- No cubrirá un tratamiento experimental o de investigación de Medi-Cal para una afección médica grave.
- Disputas sobre si un servicio o procedimiento quirúrgico fue de naturaleza cosmética o reconstructiva.
- No pagará los servicios de emergencia o urgencia de Medi-Cal que ya recibió.
- No ha resuelto su apelación de Nivel 1 en un servicio de Medi-Cal dentro de los 30 días calendario para una apelación estándar o 72 horas, o antes, si su salud lo requiere, para una apelación rápida.

En la mayoría de los casos, debe presentar una apelación ante nosotros antes de solicitar una IMR. Consulte la **Sección F3** para obtener información sobre nuestro proceso de apelación de Nivel 1. Si no está de acuerdo con nuestra decisión, puede presentar un Formulario de queja/solicitud de IMR ante el DMHC.

NOTA: Si su proveedor presentó una apelación por usted, pero no recibimos su formulario de Designación de representante, deberá volver a presentar su apelación con nosotros antes de poder solicitar una IMR de Nivel 2 ante el DMHC, a menos que su apelación implique una amenaza inminente y grave para su salud, que incluye, entre otros, dolor intenso, posible pérdida de la vida, extremidades o funciones corporales importantes.



Si tiene preguntas, llame a SFHP Care Plus al 1(833) 530-7327 (TTY: 711).

Estamos disponibles de 8:00am a 8:00pm, los siete días de la semana de octubre a marzo; cerrados los sábados y domingos de abril a septiembre. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite sfhp.org/careplus-members.

Puede solicitar una IMR y una Audiencia estatal, pero no se le permite pasar a una IMR si ya ha presentado pruebas en una Audiencia estatal o si tuvo una Audiencia estatal sobre el mismo tema.

Si su tratamiento fue denegado porque era experimental o de investigación, no tiene que participar en nuestro proceso de apelación antes de solicitar una IMR.

Si su problema es urgente o implica una amenaza inmediata y grave para su salud o si tiene un dolor intenso, puede informarlo inmediatamente al DMHC sin pasar primero por nuestro proceso de apelación.

Debe **solicitar una IMR dentro de los seis meses** posteriores a que le enviemos una decisión por escrito sobre su apelación. El DMHC puede aceptar su solicitud después de seis meses por una buena razón, como que tenía una condición médica que le impidió solicitar la IMR dentro de los seis meses, o que no recibió una notificación adecuada de nuestra parte sobre el proceso de IMR.

Para presentar una queja o solicitar una IMR:

- Complete el Formulario de queja/IMR disponible en: www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint/IndependentMedicalReviewComplaintForms.aspx o llame al Centro de Ayuda del DMHC al 1-888-466-2219. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-688-9891.
- Si los tiene, adjunte copias de cartas u otros documentos sobre el servicio o artículo que denegamos. Esto puede acelerar el proceso de IMR. Envíe copias de documentos, no originales. El Centro de Ayuda no puede devolver ningún documento.
- Complete el Formulario de asistente autorizado si alguien lo está ayudando con su IMR. Puede obtener el formulario en www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint/IndependentMedicalReviewComplaintForms.aspx o llame al Centro de Ayuda del Departamento al 1-888-466-2219. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-688-9891.
- Envíe el Formulario de queja/IMR y cualquier documento adjunto al DMHC en línea: www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint.

Envíelo por correo postal o fax:

Help Center
Department of Managed Health Care
980 Ninth Street, Suite 500
Sacramento, CA 95814-2725
FAX: 916-255-5241



Si tiene preguntas, llame a SFHP Care Plus al 1(833) 530-7327 (TTY: 711).

Estamos disponibles de 8:00am a 8:00pm, los siete días de la semana de octubre a marzo; cerrados los sábados y domingos de abril a septiembre. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite sfhp.org/careplus-members.

Dentro de los siete días, el DMHC revisará su solicitud y le enviará una carta de acuse de recibo. Si el DMHC determina que el caso califica para IMR, se tomará una decisión de IMR dentro de los 45 días posteriores a la recepción de toda la documentación requerida.

Si su caso es urgente y califica para IMR, generalmente se tomará una decisión de IMR dentro de los siete días posteriores a la recepción de toda la documentación requerida.

Si no está satisfecho con el resultado de la IMR, aún puede solicitar una Audiencia estatal.

Una IMR puede demorar más si el DMHC no recibe todos los registros médicos necesarios de usted o de su médico tratante. Si está utilizando un médico que no está en la red de su plan de salud, es importante que obtenga y nos envíe sus registros médicos de ese médico. Su plan de salud debe obtener copias de sus registros médicos de los médicos que están en la red.

Si el DMHC decide que su caso no es elegible para IMR, el DMHC revisará su caso a través de su proceso regular de quejas del consumidor. Su queja debe resolverse dentro de los 30 días calendario posteriores a la presentación de la solicitud completa. Si su queja es urgente, se resolverá antes.

(2) Audiencia estatal

Puede solicitar una Audiencia estatal para los servicios y artículos cubiertos por Medi-Cal. Si su médico u otro proveedor solicita un servicio o artículo que no aprobaremos, o no continuaremos pagando por un servicio o artículo que ya tiene y dijimos que no a su apelación de Nivel 1, tiene derecho a solicitar una Audiencia estatal.

En la mayoría de los casos, **tiene 120 días para solicitar una Audiencia estatal** después de que se le envíe por correo el aviso de la “Carta de decisión de apelación”.

NOTA: Si solicita una Audiencia estatal porque le dijimos que un servicio que recibe actualmente se cambiará o suspenderá, **tiene menos días para enviar su solicitud** si desea seguir recibiendo ese servicio mientras su audiencia estatal está pendiente. Lea “¿Continuarán mis beneficios durante las apelaciones de Nivel 2?” en la página 228 para obtener más información.

Puede solicitar una Audiencia estatal de las siguientes maneras:

- En línea en www.cdss.ca.gov.
- Por teléfono: Llame al 1-800-743-8525. Este número suele estar ocupado. Es probable que reciba un mensaje en el que se le solicite que llame más tarde. Si no puede hablar o escuchar bien, llame al TTY/TDD 1-800-952-8349.



Si tiene preguntas, llame a SFHP Care Plus al 1(833) 530-7327 (TTY: 711).

Estamos disponibles de 8:00am a 8:00pm, los siete días de la semana de octubre a marzo; cerrados los sábados y domingos de abril a septiembre. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite sfhp.org/careplus-members.

- Por escrito: complete el formulario de Audiencia estatal o escriba una carta. Envíelo por correo o fax a:

Mail: California Department of Social Services State Hearings Division
P.O. Box 944243, Mail Station 9-17-433 Sacramento, CA 94244-2430

Fax: (916) 309-3487 o línea gratuita al 1-833-281-0903

- Puede completar la “Solicitud de audiencia estatal” en el reverso del aviso de acción. Asegúrese de incluir su nombre, dirección, número de teléfono, Número de Social Security y/o número CIN y el motivo por el cual desea solicitar una Audiencia estatal. Si lo ayuda otra persona a solicitar la Audiencia estatal, indique su nombre, dirección y número de teléfono en el formulario o en la carta. Si necesita un intérprete, indique a la State Hearings Division qué idioma habla. No tendrá que pagar nada por un intérprete. La State Hearings Division le asignará uno. Si tiene una discapacidad, la State Hearings Division puede brindarle adaptaciones especiales sin costo para que pueda participar en la audiencia. Por favor, incluya información sobre su discapacidad y las adaptaciones especiales que necesita.

La State Hearings Division del Estado le da su decisión por escrito y explica las razones.

- Si la State Hearings Division del Estado dice que **sí** a una parte o a la totalidad de una solicitud de un artículo o servicio médico, debemos autorizar o proporcionar el servicio o artículo dentro de las **72 horas** posteriores a la recepción de su decisión.
- Si la State Hearings Division dice que **no** a una parte o a la totalidad de su apelación, significa que están de acuerdo en que no debemos aprobar su solicitud (o parte de su solicitud) de cobertura para atención médica. Esto se llama “confirmar la decisión” o “rechazar su apelación”.

Si la decisión de la IRO o de la audiencia estatal es **negativa** para toda o parte de su solicitud, tiene derechos de apelación adicionales.

Si su apelación de Nivel 2 fue a la **IRO**, puede apelar nuevamente solo si el valor en dólares del servicio o artículo que desea cumple con un cierto monto mínimo. Un ALJ o un abogado litigante maneja las apelaciones de Nivel 3. **La carta que recibe de la IRO explica los derechos de apelación adicionales que puede tener.**

La carta que recibe de la State Hearings Division describe la siguiente opción de apelación.

Consulte la **Sección J** para obtener más información sobre sus derechos de apelación después del Nivel 2.



Si tiene preguntas, llame a SFHP Care Plus al 1(833) 530-7327 (TTY: 711).

Estamos disponibles de 8:00am a 8:00pm, los siete días de la semana de octubre a marzo; cerrados los sábados y domingos de abril a septiembre. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite sfhp.org/careplus-members.

F5. Problemas de pago

No permitimos que nuestros proveedores de la red le facturen por los servicios y artículos cubiertos. Esto es así incluso si le pagamos al proveedor menos de lo que cobra el proveedor por un servicio o artículo cubierto. Nunca está obligado a pagar el saldo de ninguna factura.

Si recibe una factura por servicios y artículos cubiertos, envíenos la factura. No pague la factura usted mismo. Nos comunicaremos directamente con el proveedor y nos ocuparemos del problema. Si paga la factura, puede obtener un reembolso de nuestro plan si siguió las reglas para obtener servicios o artículos.

Para obtener más información, consulte el **Capítulo 7** del *Manual del miembro*. Describe situaciones en las que es posible que debe pedirnos que le devolvamos el dinero o que pague una factura que recibió de un proveedor. También nos indica cómo enviarnos la documentación que nos pide el pago.

Si solicita que le devolvamos dinero, está solicitando una decisión de cobertura. Verificaremos si el servicio o artículo que pagó está cubierto y si siguió todas las reglas para usar su cobertura.

- Si el servicio o el artículo que pagó está cubierto y siguió todas las reglas, le enviaremos el pago del servicio o artículo normalmente en un plazo de 30 días calendario, pero a más tardar 60 días calendario después de recibir su solicitud.
- Si aún no pagó el servicio o el artículo, enviaremos el pago directamente al proveedor. Cuando enviamos el pago, es lo mismo que decir **sí** a su solicitud de una decisión de cobertura.
- Si el servicio o artículo no está cubierto o no siguió todas las reglas, le enviaremos una carta indicándole que no pagaremos por el servicio o artículo y explicándole por qué.

Si no está de acuerdo con nuestra decisión de no pagar, **puede presentar una apelación**. Siga el proceso de apelación descrito en la **Sección F3**. Cuando siga estas instrucciones, tenga en cuenta lo siguiente:

- Si hace una apelación para que le devolvamos el dinero, debemos darle nuestra respuesta dentro de los 30 días calendario posteriores a la recepción de su apelación.

Si nuestra respuesta a su apelación es **negativa** y **Medicare** generalmente cubre el servicio o artículo, enviaremos su caso a la IRO. Le enviaremos una carta si esto sucede.



Si tiene preguntas, llame a SFHP Care Plus al 1(833) 530-7327 (TTY: 711).

Estamos disponibles de 8:00am a 8:00pm, los siete días de la semana de octubre a marzo; cerrados los sábados y domingos de abril a septiembre. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite sfhp.org/careplus-members.

- Si la IRO revoca nuestra decisión y dice que debemos pagarle, debemos enviarle el pago a usted o al proveedor dentro de los 30 días calendario. Si la respuesta a su apelación es **afirmativa** en cualquier etapa del proceso de apelación después del Nivel 2, debemos enviarle el pago a usted o al proveedor de atención médica dentro de los 60 días calendario.
- Si la IRO dice que **no** a su apelación, significa que está de acuerdo en que no debemos aprobar su solicitud. Esto se llama “confirmar la decisión” o “rechazar su apelación”. Recibirá una carta explicando los derechos de apelación adicionales que pueda tener. Consulte la **Sección J** para obtener más información sobre los niveles adicionales de apelación.

Si nuestra respuesta a su apelación es **negativa** y Medi-Cal generalmente cubre el servicio o artículo, puede presentar una apelación de Nivel 2 usted mismo. Para obtener más información, consulte la **Sección F4**.

G. Medicamentos de Medicare Part D

Sus beneficios como miembro de nuestro plan incluyen cobertura para muchos medicamentos. La mayoría de estos son medicamentos de Medicare Part D. Hay algunos medicamentos que Medicare Part D no cubre y que Medi-Cal puede cubrir. **Esta sección solo se aplica a las apelaciones de medicamentos de Medicare Part D.** Diremos “medicamento” en el resto de esta sección en lugar de decir “medicamento de Medicare Part D” cada vez. Para los medicamentos cubiertos solo por Medi-Cal, siga el proceso en la **Sección E**.

Para estar cubierto, el medicamento debe usarse para una indicación médicamente aceptada. Eso significa que el medicamento está aprobado por la Food and Drug Administration (FDA) o respaldado por ciertas referencias médicas. Consulte el **Capítulo 5** de este *Manual del miembro* para obtener más información sobre una indicación médicamente aceptada.

G1. Decisiones y apelaciones de cobertura de Medicare Part D

Estos son ejemplos de decisiones de cobertura que nos pide que tomemos sobre sus medicamentos de Medicare Part D:

- Usted nos pide que hagamos una excepción, lo que incluye pedirnos que:
 - Cubramos un medicamento de Medicare Part D que no está en la *Lista de medicamentos* de nuestro plan, o



Si tiene preguntas, llame a SFHP Care Plus al 1(833) 530-7327 (TTY: 711).

Estamos disponibles de 8:00am a 8:00pm, los siete días de la semana de octubre a marzo; cerrados los sábados y domingos de abril a septiembre. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite sfhp.org/careplus-members.

- Dejemos de lado una restricción de la cobertura para un medicamento (por ejemplo, los límites en la cantidad que puede obtener)
- Cuando usted nos consulta si un medicamento está cubierto para usted (por ejemplo, cuando el medicamento se encuentra en la *Lista de medicamentos* de nuestro plan, pero debemos aprobarlo para usted antes de cubrirlo)

NOTA: Si su farmacia le dice que su receta no se puede surtir tal como está escrita, la farmacia le da un aviso por escrito explicando cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura.

Una decisión de cobertura inicial sobre sus medicamentos de Medicare Part D se denomina “**determinación de cobertura**”.

- Nos pide que paguemos por un medicamento que ya compró. Esto es pedir una decisión de cobertura sobre el pago.



Si tiene preguntas, llame a SFHP Care Plus al 1(833) 530-7327 (TTY: 711).

Estamos disponibles de 8:00am a 8:00pm, los siete días de la semana de octubre a marzo; cerrados los sábados y domingos de abril a septiembre. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite sfhp.org/careplus-members.

Si no está de acuerdo con una decisión de cobertura que tomamos, puede apelar nuestra decisión. Esta sección le explica cómo solicitar decisiones de cobertura y cómo presentar una apelación. Utilice la tabla a continuación como ayuda.

¿En cuál de estas situaciones se encuentra?			
Necesita un medicamento que no está en nuestra <i>Lista de medicamentos</i> o necesita que dejemos de lado una regla o restricción sobre un medicamento que cubrimos.	Desea que cubramos un medicamento en nuestra <i>Lista de medicamentos</i> y cree que cumple con las reglas o restricciones del plan (como obtener la aprobación por adelantado) para el medicamento que necesita.	Desea pedirnos que le reembolsemos un medicamento que ya recibió y pagó.	Le dijimos que no cubriremos ni pagaremos un medicamento de la manera que desee.
Puede pedirnos que hagamos una excepción. (Este es un tipo de decisión de cobertura).	Puede solicitarnos una decisión de cobertura.	Puede pedirnos que le devolvamos el dinero. (Este es un tipo de decisión de cobertura).	Puede presentar una apelación. (Esto significa que nos pide que reconsideremos).
Comience con la Sección G2 , luego consulte las Secciones G3 y G4	Consulte la Sección G4	Consulte la Sección G4	Consulte la Sección G5

G2. Excepciones de Medicare Part D

Si no cubrimos un medicamento de la manera que le gustaría, puede pedirnos que hagamos una “excepción”. Si rechazamos su solicitud de excepción, puede apelar nuestra decisión.

Cuando solicita una excepción, su médico u otro profesional que receta debe explicarle las razones médicas por las que necesita la excepción.



Si tiene preguntas, llame a SFHP Care Plus al 1(833) 530-7327 (TTY: 711).

Estamos disponibles de 8:00am a 8:00pm, los siete días de la semana de octubre a marzo; cerrados los sábados y domingos de abril a septiembre. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite sfhp.org/careplus-members.

Solicitar la cobertura de un medicamento que no está en nuestra *Lista de medicamentos* o la eliminación de una restricción sobre un medicamento a veces se denomina solicitar una “**excepción al formulario**”.

Estos son algunos ejemplos de excepciones que usted, su médico u otro profesional que receta pueden pedirnos que hagamos:

1. Cubrir un medicamento que no está en nuestra *Lista de medicamentos*

- Si aceptamos hacer una excepción y cubrir un medicamento que no está en nuestra *Lista de medicamentos*, usted paga \$0 por el medicamento.
- No puede obtener una excepción al monto de copago requerido para el medicamento.

2. Eliminación de una restricción para un medicamento cubierto

- Se aplican reglas o restricciones adicionales a ciertos medicamentos en nuestra *Lista de medicamentos* (consulte el **Capítulo 5** de este *Manual del miembro* para obtener más información).
- Las reglas y restricciones adicionales para ciertos medicamentos incluyen:
 - Estar obligado a usar la versión genérica de un medicamento en lugar del medicamento de marca.
 - Obtener nuestra aprobación por adelantado antes de que aceptemos cubrir el medicamento por usted. Esto a veces se llama “autorización previa (PA)”.
 - Se nos exige que pruebe un medicamento diferente primero antes de que aceptemos cubrir el medicamento que solicita. Esto a veces se llama “terapia escalonada”.
 - Límites de cantidad. Para algunos medicamentos, existen restricciones en la cantidad del medicamento que puede tomar.
- Si aceptamos una excepción para usted y anulamos una restricción, puede solicitar una excepción al monto del copago que debe pagar.



Si tiene preguntas, llame a SFHP Care Plus al 1(833) 530-7327 (TTY: 711).

Estamos disponibles de 8:00am a 8:00pm, los siete días de la semana de octubre a marzo; cerrados los sábados y domingos de abril a septiembre. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite sfhp.org/careplus-members.

G3. Cosas importantes que debe saber sobre cómo solicitar una excepción

Su médico u otro profesional que receta debe informarnos las razones médicas.

Su médico u otro profesional que receta debe darnos una declaración que explique las razones médicas para solicitar una excepción. Para una decisión más rápida, incluya esta información médica de su médico u otro profesional que receta cuando solicite la excepción.

Nuestra *Lista de medicamentos* a menudo incluye más de un medicamento para tratar una afección específica. Estos se llaman medicamentos “alternativos”. Si un medicamento alternativo es tan eficaz como el medicamento que solicita y no causaría más efectos secundarios u otros problemas de salud, generalmente **no** aprobamos su solicitud de excepción. Si nos solicita una excepción de nivel, generalmente **no** aprobamos su solicitud de excepción a menos que todos los medicamentos alternativos en los niveles de costo compartido más bajos no funcionen tan bien para usted o sea probable que causen una reacción adversa u otro daño.

Podemos decir Sí o No a su solicitud.

- Si decimos que **sí** a su solicitud de excepción, la excepción generalmente dura hasta el final del año calendario. Esto es así siempre que su médico continúe recetándole el medicamento y ese medicamento continúe siendo seguro y eficaz para tratar su afección.
- Si decimos que **no** a su solicitud de excepción, puede presentar una apelación. Consulte la **Sección G5** para obtener información sobre cómo presentar una apelación si decimos que **no**.

La siguiente sección le explica cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción.

G4. Solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción

- Pregunte por el tipo de decisión de cobertura que desea llamando al 1(833) 530-7327 (TTY: 711), escribiéndonos o enviándonos un fax. Usted, su representante o su médico (u otro profesional que receta) pueden hacerlo. Incluya su nombre, información de contacto e información sobre el reclamo.
- Usted o su médico (u otro profesional que recete) u otra persona que actúe en su nombre pueden solicitar una decisión de cobertura. También puede hacer que un abogado actúe en su nombre.
- Consulte la **Sección E3** para averiguar cómo nombrar a alguien como su representante.



Si tiene preguntas, llame a SFHP Care Plus al 1(833) 530-7327 (TTY: 711).

Estamos disponibles de 8:00am a 8:00pm, los siete días de la semana de octubre a marzo; cerrados los sábados y domingos de abril a septiembre. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite sfhp.org/careplus-members.

- No es necesario que le de permiso por escrito a su médico u otro profesional que receta para solicitar una decisión de cobertura en su nombre.
- Si desea pedirnos que le reembolsemos un medicamento, consulte el **Capítulo 7** de este *Manual del miembro*.
- Si solicita una excepción, denos una “declaración de respaldo”. La declaración de respaldo incluye las razones médicas de su médico u otro profesional que receta para la solicitud de excepción.
- Su médico u otro profesional que receta pueden enviarnos la declaración de respaldo por correo o por fax. También pueden informarnos por teléfono y luego enviar la declaración por fax o por correo.

Usted también puede enviar una determinación de cobertura electrónicamente utilizando el siguiente enlace: mp.medimpact.com/partdcoverage/determination.

Si su salud lo requiere, pídanos una “decisión de cobertura rápida”.

Usamos los “plazos estándar”, a menos que aceptemos usar los “plazos rápidos”.

- Una **decisión de cobertura estándar** significa que le damos una respuesta dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de la declaración de su médico.
- Una **decisión de cobertura rápida** significa que le damos una respuesta dentro de las 24 horas posteriores a la recepción de la declaración de su médico.

Una “decisión de cobertura rápida” se denomina “**determinación de cobertura acelerada**”.

Puede obtener una decisión de cobertura rápida si:

- Es por un medicamento que no recibió. No puede obtener una decisión de cobertura rápida si nos pide que le reembolsemos un medicamento que ya compró.
- Su salud o capacidad para funcionar se vería gravemente perjudicada si usamos los plazos estándar.

Si su médico u otro profesional que receta nos dice que su salud requiere una decisión de cobertura rápida, revisaremos su solicitud según el cronograma de decisión de cobertura rápida. Le enviaremos una carta con esta información.

- Si solicita una decisión de cobertura rápida sin el apoyo de su médico u otro profesional que receta, decidiremos si obtiene una decisión de cobertura rápida.



Si tiene preguntas, llame a SFHP Care Plus al 1(833) 530-7327 (TTY: 711).

Estamos disponibles de 8:00am a 8:00pm, los siete días de la semana de octubre a marzo; cerrados los sábados y domingos de abril a septiembre. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite sfhp.org/careplus-members.

- Si decidimos que su condición médica no cumple con los requisitos para una decisión de cobertura rápida, usaremos los plazos estándar en su lugar.
 - Le enviamos una carta que le dice que usaremos la fecha límite estándar. La carta también le dice cómo apelar nuestra decisión.
 - Puede presentar una queja rápida y obtener una respuesta dentro de las 24 horas. Para obtener más información sobre cómo presentar quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la **Sección K**.

Plazos para una decisión de cobertura rápida

- Si utilizamos los plazos rápidos, debemos darle nuestra respuesta dentro de las 24 horas posteriores a la recepción de su solicitud. Si solicita una excepción, le daremos nuestra respuesta dentro de las 24 horas posteriores a la recepción de la declaración de respaldo de su médico. Le daremos nuestra respuesta antes si su salud lo requiere.
- Si no cumplimos con este plazo, enviamos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones para que la revise una IRO. Consulte la **Sección G6** para obtener más información sobre una apelación de Nivel 2.
- Si decimos que **sí** a una parte o a la totalidad de su solicitud, le otorgamos la cobertura dentro de las 24 horas posteriores a la recepción de su solicitud o la declaración de respaldo de su médico.
- Si decimos que **no** a una parte o a la totalidad de su solicitud, le enviamos una carta con los motivos. La carta también le dice cómo puede presentar una apelación.

Fechas límite para una decisión de cobertura estándar sobre un medicamento que no recibió

- Si utilizamos los plazos estándar, debemos darle nuestra respuesta dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su solicitud. Si solicita una excepción, le damos nuestra respuesta dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de la declaración de respaldo de su médico. Le daremos nuestra respuesta antes si su salud lo requiere.
- Si no cumplimos con este plazo, enviamos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones para que la revise una IRO.
- Si decimos que **sí** a una parte o a la totalidad de su solicitud, le otorgamos la cobertura dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su solicitud o la declaración de respaldo de su médico para una excepción.



Si tiene preguntas, llame a SFHP Care Plus al 1(833) 530-7327 (TTY: 711).

Estamos disponibles de 8:00am a 8:00pm, los siete días de la semana de octubre a marzo; cerrados los sábados y domingos de abril a septiembre. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite sfhp.org/careplus-members.

- Si decimos que **no** a una parte o a la totalidad de su solicitud, le enviamos una carta con los motivos. La carta también le dice cómo presentar una apelación.

Fechas límite para una decisión de cobertura estándar sobre un medicamento que ya compró

- Debemos darle nuestra respuesta dentro de los 14 días calendario posteriores a la recepción de su solicitud.
- Si no cumplimos con este plazo, enviamos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones para que la revise una IRO.
- Si decimos que **sí** a parte o a la totalidad de su solicitud, le devolvemos el dinero dentro de los 14 días calendario.
- **Si** decimos que **no** a una parte o a la totalidad de su solicitud, le enviamos una carta con los motivos. La carta también le dice cómo presentar una apelación.

G5. Hacer una apelación de Nivel 1

Una apelación a nuestro plan sobre una decisión de cobertura de medicamentos de Medicare Part D se denomina “**redeterminación**” del plan.

- Inicie su apelación **estándar** o **rápida** llamando al 1(833) 530-7327 (TTY: 711), escribiéndonos o enviándonos un fax. Usted, su representante o su médico (u otro profesional que receta) pueden hacerlo. Incluya su nombre, información de contacto e información sobre su apelación.
- Debe solicitar una apelación dentro de los **65 días calendario** a partir de la fecha de la carta que le enviamos para informarle nuestra decisión.
- Si no cumple con la fecha límite y tiene una buena razón para no cumplirla, es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Ejemplos de buenas razones son cosas como que tuvo una enfermedad grave o le dimos la información incorrecta sobre la fecha límite. Explique la razón por la cual su apelación se retrasa cuando la haga.
- Tiene derecho a solicitarnos una copia gratuita de la información sobre su apelación. Usted y su médico también pueden darnos más información para respaldar su apelación.



Si tiene preguntas, llame a SFHP Care Plus al 1(833) 530-7327 (TTY: 711).

Estamos disponibles de 8:00am a 8:00pm, los siete días de la semana de octubre a marzo; cerrados los sábados y domingos de abril a septiembre. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite sfhp.org/careplus-members.

Si su salud lo requiere, solicite una apelación rápida.

Una apelación rápida también se denomina “**redeterminación acelerada**”.

- Si apela una decisión que tomamos sobre un medicamento que no recibió, usted y su médico u otro profesional que receta deciden si necesita una apelación rápida.
- Los requisitos para una apelación rápida son los mismos que para una decisión de cobertura rápida. Para obtener más información, consulte la **Sección B4**.

Consideramos su apelación y le damos nuestra respuesta.

- Revisamos su apelación y analizamos detenidamente toda la información sobre su solicitud de cobertura.
- Verificamos si seguimos las reglas cuando dijimos que **no** a su solicitud.
- Podemos comunicarnos con usted o su médico u otro profesional que receta para obtener más información.

Plazos para una apelación rápida en el Nivel 1

- Si usamos los plazos rápidos, debemos darle nuestra respuesta **dentro de las 72 horas** posteriores a la recepción de su apelación.
 - Le daremos nuestra respuesta antes si su salud lo requiere.
 - Si no le damos una respuesta dentro de las 72 horas, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación. Luego, una IRO la revisa. Consulte la **Sección G6** para obtener información sobre la organización de revisión y el proceso de apelación de Nivel 2.
- Si decimos que **sí** a parte o a la totalidad de su solicitud, debemos proporcionar la cobertura que acordamos proporcionar dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su apelación.
- Si decimos que **no** a una parte o a la totalidad de su solicitud, le enviamos una carta que explica los motivos y le indica cómo puede presentar una apelación.

Plazos para una apelación estándar en el Nivel 1

- Si usamos los plazos estándar, debemos darle nuestra respuesta **dentro de los siete días calendario** posteriores a la recepción de su apelación por un medicamento que no recibió.



Si tiene preguntas, llame a SFHP Care Plus al 1(833) 530-7327 (TTY: 711).

Estamos disponibles de 8:00am a 8:00pm, los siete días de la semana de octubre a marzo; cerrados los sábados y domingos de abril a septiembre. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite sfhp.org/careplus-members.

- Le damos nuestra decisión antes si no recibió el medicamento y su condición de salud lo requiere. Si cree que su salud lo requiere, solicite una apelación rápida.
 - Si no le damos una decisión dentro de los siete días calendario, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones. Luego, una IRO la revisa. Consulte la **Sección G6** para obtener información sobre la organización de revisión y el proceso de apelación de Nivel 2.

Si decimos que **sí** a una parte o a la totalidad de su solicitud:

- Debemos **proporcionar la cobertura** que acordamos proporcionar tan pronto como su salud lo requiera, pero **a más tardar siete días calendario** después de recibir su apelación.
- Debemos **enviarle el pago de** un medicamento que compró **dentro de los 30 días calendario** posteriores a la recepción de su apelación.

Si decimos que **no** a una parte o a la totalidad de su solicitud:

- Le enviamos una carta que explica los motivos y le indica cómo puede presentar una apelación.
- Debemos darle nuestra respuesta sobre el reembolso de un medicamento que compró **dentro de los 14 días calendario** posteriores a la recepción de su apelación.
 - Si no le damos una decisión dentro de los 14 días calendario, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones. Luego, una IRO la revisa. Consulte la **Sección G6** para obtener información sobre la organización de revisión y el proceso de apelación de Nivel 2.
- Si decimos que **sí** a parte o a la totalidad de su solicitud, debemos pagarle dentro de los 30 días calendario posteriores a la recepción de su solicitud.
- Si decimos que **no** a una parte o a la totalidad de su solicitud, le enviamos una carta que explica los motivos y le indica cómo puede presentar una apelación.

G6. Hacer una apelación de Nivel 2

Si decimos que **no** a su apelación de Nivel 1, puede aceptar nuestra decisión o presentar otra apelación. Si decide presentar otra apelación, utilice el proceso de apelación de Nivel 2. La **IRO** revisa nuestra decisión cuando dijimos que **no** a su primera apelación. Esta organización decide si debemos cambiar nuestra decisión.



Si tiene preguntas, llame a SFHP Care Plus al 1(833) 530-7327 (TTY: 711).

Estamos disponibles de 8:00am a 8:00pm, los siete días de la semana de octubre a marzo; cerrados los sábados y domingos de abril a septiembre. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite sfhp.org/careplus-members.

El nombre formal de la “Organización de revisión independiente” (IRO) es **“Entidad de revisión independiente”**, a veces llamada **“IRE”**.

Para presentar una apelación de Nivel 2, usted, su representante o su médico u otro profesional que receta deben comunicarse con la IRO **por escrito** y solicitar una revisión de su caso.

- Si decimos que **no** a su apelación de Nivel 1, la carta que le enviamos incluye **instrucciones sobre cómo presentar una apelación de Nivel 2** con la IRO. Las instrucciones indican quién puede hacer la apelación de Nivel 2, qué plazos debe seguir y cómo comunicarse con la organización.
- Cuando presenta una apelación a la IRO, enviamos la información que tenemos sobre su apelación a la organización. Esta información se denomina “expediente del caso”. **Tiene derecho a una copia gratuita de su expediente del caso.** Si necesita ayuda para solicitar una copia gratuita de su expediente del caso, llame al Servicio al Cliente de SFHP Care Plus al 1(833) 530-7327 (TTY: 711).
- Tiene derecho a proporcionar a la IRO información adicional para respaldar su apelación.

La IRO revisa su apelación de nivel 2 de Medicare Part D y le da una respuesta por escrito. Consulte la **Sección F4** para obtener más información sobre la IRO.

Plazos para una apelación rápida en el Nivel 2

Si su salud lo requiere, solicite a la IRO una apelación rápida.

- Si aceptan una apelación rápida, deben darle una respuesta **dentro de las 72 horas** posteriores a la recepción de su solicitud de apelación.
- Si dicen que **sí** a parte o a la totalidad de su solicitud, debemos proporcionar la cobertura de medicamentos aprobada **dentro de las 24 horas** posteriores a la recepción de la decisión de la IRO.

Plazos para una apelación estándar en el Nivel 2

Si tiene una apelación estándar en el Nivel 2, la IRO debe darle una respuesta:

- **dentro de los siete días calendario** posteriores a la recepción de su apelación por un medicamento que no recibió.



Si tiene preguntas, llame a SFHP Care Plus al 1(833) 530-7327 (TTY: 711).

Estamos disponibles de 8:00am a 8:00pm, los siete días de la semana de octubre a marzo; cerrados los sábados y domingos de abril a septiembre. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite sfhp.org/careplus-members.

- **dentro de los 14 días calendario** posteriores a la recepción de su apelación para el reembolso de un medicamento que compró.

Si la IRO dice que **sí** a una parte o a la totalidad de su solicitud:

- Debemos proporcionar la cobertura de medicamentos aprobada **dentro de las 72 horas** posteriores a la decisión de la IRO.
- Debemos devolverle el dinero por un medicamento que compró dentro de los 30 días calendario posteriores a la decisión de la IRO.
 - Si la IRO dice que **no** a su apelación, significa que está de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud. Esto se llama “confirmar la decisión” o “rechazar su apelación”.

Si la IRO dice que **no** a su apelación de Nivel 2, tiene derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura de medicamentos que solicita cumple con un valor mínimo en dólares. Si el valor en dólares de la cobertura de medicamentos que solicita es menor que el mínimo requerido, no puede presentar otra apelación. En ese caso, la decisión de la apelación de Nivel 2 es definitiva. La IRO le envía una carta que le indica el valor mínimo en dólares necesario para continuar con una apelación de Nivel 3.

Si el valor en dólares de su solicitud cumple con el requisito, usted elige si desea llevar su apelación más allá.

- Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelación después del Nivel 2.
- Si la IRO dice que **no** a su apelación de Nivel 2 y usted cumple con el requisito para continuar con el proceso de apelación, usted:
 - Decide si quiere hacer una apelación de Nivel 3.
 - Consulte la carta que la IRO le envió después de su apelación de Nivel 2 para obtener detalles sobre cómo presentar una apelación de Nivel 3.

Un ALJ o un abogado adjudicador maneja las apelaciones de Nivel 3. Consulte la **Sección J** para obtener información sobre las apelaciones de Nivel 3, 4 y 5.

H. Pedirnos que cubramos una estadía en el hospital más prolongada

Cuando ingresa en un hospital, tiene derecho a obtener todos los servicios hospitalarios que cubrimos que son necesarios para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión. Para obtener más información sobre la cobertura hospitalaria de nuestro plan, consulte el **Capítulo 4** de este *Manual del miembro*.



Si tiene preguntas, llame a SFHP Care Plus al 1(833) 530-7327 (TTY: 711).

Estamos disponibles de 8:00am a 8:00pm, los siete días de la semana de octubre a marzo; cerrados los sábados y domingos de abril a septiembre. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite sfhp.org/careplus-members.

Durante su estadía en el hospital cubierta, su médico y el personal del hospital trabajan con usted para prepararlo para el día en que salga del hospital. También ayudan a organizar la atención que pueda necesitar después de irse.

- El día en que sale del hospital se llama su “fecha de alta”.
- Su médico o el personal del hospital le dirán cuál es su fecha de alta.

Si cree que le piden que abandone el hospital demasiado pronto o le preocupa su atención después de salir del hospital, puede solicitar una estadía más prolongada en el hospital. En esta sección se le indica cómo hacerlo.

A pesar de las apelaciones discutidas en esta **Sección H**, también puede presentar una queja y solicitar al DMHC una revisión médica independiente para continuar su estadía en el hospital. Consulte la **Sección F4** para saber cómo presentar una queja y solicitar al DMHC una revisión médica independiente. Puede solicitar una Revisión médica independiente además o en lugar de una apelación de Nivel 3.

H1. Aprender sobre sus derechos de Medicare

Dentro de los dos días posteriores a su ingreso en el hospital, alguien en el hospital, como un enfermero o un trabajador social, le dará un aviso por escrito llamado “An Important Message from Medicare about Your Rights” (Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos). Todas las personas con Medicare reciben una copia de este aviso cada vez que ingresan en un hospital.

Si no recibe el aviso, pídale a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame a Servicio al Cliente de SFHP Care Plus a los números que figuran en la parte inferior de la página. Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), en cualquier momento, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

- **Lea el aviso** detenidamente y haga preguntas si no lo entiende. El aviso le informa sobre sus derechos como paciente del hospital, incluidos sus derechos a:
 - Recibir servicios cubiertos por Medicare durante y después de su estadía en el hospital. Tiene derecho a conocer estos servicios, quién los pagará y dónde puede obtenerlos.
 - Participar en las decisiones sobre la duración de su estadía en el hospital.
 - Saber dónde puede comunicar sus inquietudes acerca de la calidad de su atención hospitalaria.
 - Apelar si cree que le están dando de alta en el hospital demasiado pronto.



Si tiene preguntas, llame a SFHP Care Plus al 1(833) 530-7327 (TTY: 711).

Estamos disponibles de 8:00am a 8:00pm, los siete días de la semana de octubre a marzo; cerrados los sábados y domingos de abril a septiembre. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite sfhp.org/careplus-members.

- **Firme el aviso** para demostrar que lo recibió y comprende sus derechos.
 - Usted o alguien que actúe en su nombre puede firmar el aviso.
 - Firmar el aviso **solo** demuestra que obtuvo la información sobre sus derechos. Firmar **no** significa que acepte una fecha de alta que su médico o el personal del hospital le hayan indicado.
- **Guarde su copia** del aviso firmado para tener la información si la necesita.

Si firma el aviso más de dos días antes del día en que sale del hospital, recibirá otra copia antes de que le den el alta.

Puede ver una copia del aviso con anticipación si:

- Llame a Servicio al Cliente de SFHP Care Plus a los números que figuran en la parte inferior de la página.
- Llame a Medicare al 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- Visite www.cms.gov/medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im.

H2. Hacer una apelación de Nivel 1

Para solicitar que cubramos sus servicios hospitalarios como paciente hospitalizado por más tiempo, haga una apelación. La Organización de Mejoramiento de la Calidad (QIO) revisa la apelación de Nivel 1 para analizar si su fecha de alta planificada es médicamente apropiada para usted.

La QIO es un grupo de médicos y otros profesionales de la salud pagados por el gobierno federal. Estos expertos verifican y ayudan a mejorar la calidad de las personas con Medicare. No son parte de nuestro plan.

En California, la QIO es Commence Health. Llámelos al 1(877) 588-1123 (TTY: 711). La información de contacto también se encuentra en el aviso, “Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos” y en el **Capítulo 2**.

Llame a la QIO antes de salir del hospital y a más tardar en la fecha de alta planificada.

- **Si llama antes de irse**, puede permanecer en el hospital después de la fecha de alta planificada sin pagar por ello mientras espera la decisión de la QIO sobre su apelación.



Si tiene preguntas, llame a SFHP Care Plus al 1(833) 530-7327 (TTY: 711).

Estamos disponibles de 8:00am a 8:00pm, los siete días de la semana de octubre a marzo; cerrados los sábados y domingos de abril a septiembre. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite sfhp.org/careplus-members.

- **Si no llama para apelar** y decide permanecer en el hospital después de la fecha de alta planificada, puede pagar todos los costos de la atención hospitalaria que reciba después de la fecha de alta planificada.
- Debido a que las estadías en el hospital están cubiertas tanto por Medicare como por Medi-Cal, si la Organización de Mejoramiento de la Calidad no atiende su solicitud de continuar su estadía en el hospital, o si cree que su situación es urgente, implica una amenaza inmediata y grave para su salud, o si tiene un dolor intenso, también puede presentar una queja o solicitar al California Department of Managed Health Care (DMHC) una revisión médica independiente. Consulte la **Sección F4** para obtener información sobre cómo presentar una queja y solicitar al DMHC una revisión médica independiente.

Pida ayuda si la necesita. Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento:

- Llame a Servicio al Cliente de SFHP Care Plus a los números que figuran en la parte inferior de la página.
 - Llame a Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP) al 1-800-434-0222.

Solicite una revisión rápida. Actúe rápidamente y comuníquese con la QIO para solicitar una revisión rápida de su alta hospitalaria.

El término legal para “revisión rápida” es “**revisión inmediata**” o “**revisión acelerada**”.

Qué sucede durante la revisión rápida

- Los revisores de la QIO le preguntan a usted o a su representante por qué cree que la cobertura debe continuar después de la fecha de alta planificada. No está obligado a escribir una declaración, pero puede hacerlo.
- Los revisores analizan su información médica, hablan con su médico y revisan la información que el hospital y nuestro plan les dieron.
- Al mediodía del día después de que los revisores informen a nuestro plan sobre su apelación, recibirá una carta con la fecha de alta planificada. La carta también da razones por las que su médico, el hospital y nosotros creemos que esa es la fecha de alta correcta que es médicamente apropiada para usted.



Si tiene preguntas, llame a SFHP Care Plus al 1(833) 530-7327 (TTY: 711).

Estamos disponibles de 8:00am a 8:00pm, los siete días de la semana de octubre a marzo; cerrados los sábados y domingos de abril a septiembre. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite sfhp.org/careplus-members.

El término legal para esta explicación escrita es “**Aviso detallado de alta**”. Puede obtener una muestra llamando a Servicio al Cliente de SFHP Care Plus a los números que se encuentran en la parte inferior de la página o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). (Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.) También puede consultar un aviso de muestra en línea en www.cms.gov/medicare/forms-notice/beneficiary-notice-initiative/ffs-ma-im.

Dentro de un día completo después de obtener toda la información que necesita, la QIO le dará su respuesta a su apelación.

Si la QIO dice que **sí** a su apelación:

- Le proporcionaremos sus servicios hospitalarios cubiertos para pacientes hospitalizados durante el tiempo que los servicios sean médicamente necesarios.

Si la QIO dice que **no** a su apelación:

- Creen que su fecha de alta planificada es médicamente apropiada.
- Nuestra cobertura para sus servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados finalizará al mediodía del día después de que la QIO le dé su respuesta a su apelación.
- Es posible que deba pagar el costo total de la atención hospitalaria que reciba después del mediodía del día después de que la QIO le dé su respuesta a su apelación.
- Puede presentar una apelación de Nivel 2 si la QIO rechaza su apelación de Nivel 1 y permanece en el hospital después de la fecha de alta planificada.

H3. Hacer una apelación de Nivel 2

Para una apelación de Nivel 2, le pide a la QIO que vuelva a revisar la decisión que tomaron sobre su apelación de Nivel 1. Llámelos al 1(877) 588-1123 (TTY: 711).

Debe solicitar esta revisión **dentro de los 60 días calendario** posteriores al día en que la QIO dijo que **no** a su apelación de Nivel 1. Puede solicitar esta revisión **solo** si permanece en el hospital después de la fecha en que finalizó su cobertura para la atención.

Los revisores de QIO:

- Volverán a revisar detenidamente toda la información relacionada con su apelación.



Si tiene preguntas, llame a SFHP Care Plus al 1(833) 530-7327 (TTY: 711).

Estamos disponibles de 8:00am a 8:00pm, los siete días de la semana de octubre a marzo; cerrados los sábados y domingos de abril a septiembre. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite sfhp.org/careplus-members.

- Le informarán la decisión sobre la apelación de Nivel 2 en un plazo de 14 días calendario a partir de la recepción de su solicitud para una segunda revisión.

Si la QIO dice que **sí** a su apelación:

- Debemos devolverle nuestra parte de los costos de atención hospitalaria desde el mediodía del día siguiente a la fecha en que la QIO rechazó su apelación de Nivel 1.
- Le proporcionaremos sus servicios hospitalarios cubiertos para pacientes hospitalizados durante el tiempo que los servicios sean médicamente necesarios.

Si la QIO dice que **no** a su apelación:

- Están de acuerdo con su decisión sobre su apelación de nivel 1 y no la cambiarán.
- Le dan una carta que le indica lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de apelación y presentar una apelación de Nivel 3.
- También puede presentar una queja o solicitar al DMHC una revisión médica independiente para continuar su estadía en el hospital. Consulte la **Sección E4** para saber cómo presentar una queja y solicitar al DMHC una revisión médica independiente.

Un ALJ o un abogado adjudicador maneja las apelaciones de Nivel 3. Consulte la **Sección J** para obtener información sobre las apelaciones de Nivel 3, 4 y 5.

I. Pedirnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos

Esta sección trata solo sobre tres tipos de servicios que puede recibir:

- servicios de atención médica en el hogar
- atención en un centro de enfermería especializada, y
- atención de rehabilitación como paciente ambulatorio en un CORF aprobado por Medicare. Esto generalmente significa que está recibiendo tratamiento para una enfermedad o accidente o que se está recuperando de una operación importante.

Con cualquiera de estos tres tipos de servicios, tiene derecho a obtener servicios cubiertos durante el tiempo que el médico diga que los necesita.

Cuando decidimos dejar de cubrir alguno de estos, debemos informarle **antes** de que finalicen sus servicios. Cuando finaliza su cobertura para ese servicio, dejamos de pagarlo.



Si tiene preguntas, llame a SFHP Care Plus al 1(833) 530-7327 (TTY: 711).

Estamos disponibles de 8:00am a 8:00pm, los siete días de la semana de octubre a marzo; cerrados los sábados y domingos de abril a septiembre. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite sfhp.org/careplus-members.

Si cree que estamos terminando la cobertura de su atención demasiado pronto, **puede apelar nuestra decisión**. Esta sección le indica cómo solicitar una apelación.

I1. Aviso previo antes de que finalice su cobertura

Le enviamos un aviso por escrito de que recibirá al menos dos días antes de que dejemos de pagar su atención. Esto se llama “Aviso de no cobertura de Medicare”. El aviso le indica la fecha en que dejaremos de cubrir su atención y cómo apelar nuestra decisión.

Usted o su representante deben firmar el aviso para demostrar que lo recibió. Firmar el aviso **solo** muestra que obtuvo la información. Firmar **no** significa que esté de acuerdo con nuestra decisión.

I2. Hacer una apelación de Nivel 1

Si cree que estamos terminando la cobertura de su atención demasiado pronto, puede apelar nuestra decisión. Esta sección le informa sobre el proceso de apelación de Nivel 1 y qué hacer.

- **Cumpla con los plazos.** Los plazos son importantes. Comprenda y siga los plazos que se aplican a las cosas que debe hacer. Nuestro plan también debe cumplir con los plazos. Si cree que no estamos cumpliendo con nuestros plazos, puede presentar una queja. Consulte la **Sección K** para obtener más información sobre las quejas.
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento:
 - Llame a Servicio al Cliente de SFHP Care Plus a los números que figuran en la parte inferior de la página.
 - Llame al HICAP al 1-800-434-0222.
- **Póngase en contacto con la QIO.**
 - Consulte la **Sección H2** o consulte el **Capítulo 2** de este *Manual del miembro* para obtener más información sobre la QIO y cómo comunicarse con ellos.
 - Pídeles que revisen su apelación y decidan si cambian la decisión de nuestro plan.
- **Actúe rápidamente y solicite una “apelación acelerada”.** Pregúntele a la QIO si es médicamente apropiado que finalicemos la cobertura de sus servicios médicos.



Si tiene preguntas, llame a SFHP Care Plus al 1(833) 530-7327 (TTY: 711).

Estamos disponibles de 8:00am a 8:00pm, los siete días de la semana de octubre a marzo; cerrados los sábados y domingos de abril a septiembre. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite sfhp.org/careplus-members.

Su fecha límite para ponerse en contacto con esta organización

- Debe comunicarse con la QIO para iniciar su apelación antes del mediodía del día anterior a la fecha de vigencia en el “Aviso de no cobertura de Medicare” que le enviamos.
- Si la Organización de Mejoramiento de la Calidad no escucha su solicitud de continuar con la cobertura de sus servicios de atención médica o si cree que su situación es urgente o implica una amenaza inmediata y grave para su salud o si tiene dolor intenso, puede presentar una queja y solicitar al California Department of Managed Health Care (DMHC) una revisión médica independiente. Consulte la **Sección F4** para saber cómo presentar una queja y solicitar al DMHC una revisión médica independiente.

El término legal para el aviso por escrito es “**Aviso de no cobertura de Medicare**”. Para obtener una copia de muestra, llame al Servicio al Cliente a los números que se encuentran en la parte inferior de la página o llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. O bien, obtenga una copia en línea en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/FFS-Expedited-Determination-Notices.

Qué sucede durante una apelación acelerada

- Los revisores de la QIO le preguntan a usted o a su representante por qué cree que la cobertura debe continuar. No está obligado a escribir una declaración, pero puede hacerlo.
- Los revisores analizan su información médica, hablan con su médico y revisan la información que les dio nuestro plan.
- Nuestro plan también le envía un aviso por escrito que explica nuestras razones para finalizar la cobertura de sus servicios. Recibirá el aviso al final del día en que los revisores nos informen de su apelación.

El término legal para la explicación del aviso es “**Explicación detallada de la falta de cobertura**”. -

- Los revisores brindan su decisión dentro de un día completo después de obtener toda la información que necesitan.



Si tiene preguntas, llame a SFHP Care Plus al 1(833) 530-7327 (TTY: 711).

Estamos disponibles de 8:00am a 8:00pm, los siete días de la semana de octubre a marzo; cerrados los sábados y domingos de abril a septiembre. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite sfhp.org/careplus-members.

Si la QIO dice que **sí** a su apelación:

- Le proporcionaremos sus servicios cubiertos durante el tiempo que sean médicamente necesarios.

Si la QIO dice que **no** a su apelación:

- Su cobertura finaliza en la fecha en que le informamos.
- Dejamos de pagar los costos de esta atención en la fecha del aviso.
- Usted mismo paga el costo total de esta atención si decide continuar con la atención médica domiciliaria, la atención en un centro de enfermería especializada o los servicios de CORF después de la fecha en que finaliza su cobertura.
- Usted decide si desea continuar con estos servicios y presentar una apelación de Nivel 2.

13. Hacer una apelación de Nivel 2

Para una apelación de Nivel 2, le pide a la QIO que vuelva a revisar la decisión que tomaron sobre su apelación de Nivel 1. Llámelos al 1(877) 588-1123 (TTY: 711).

Debe solicitar esta revisión **dentro de los 60 días calendario** posteriores al día en que la QIO dijo que **no** a su apelación de Nivel 1. Puede solicitar esta revisión **solo** si continúa con la atención después de la fecha en que finalizó su cobertura para la atención.

Los revisores de QIO:

- Volverán a revisar detenidamente toda la información relacionada con su apelación.
- Le informarán la decisión sobre la apelación de Nivel 2 en un plazo de 14 días calendario a partir de la recepción de su solicitud para una segunda revisión.

Si la QIO dice que **sí** a su apelación:

- Le reembolsamos los costos de la atención que recibió desde la fecha en que dijimos que terminaría su cobertura.
- Proporcionaremos cobertura para la atención durante el tiempo que sea médicamente necesario.

Si la QIO dice que **no** a su apelación:

- Están de acuerdo con nuestra decisión de poner fin a su atención y no la cambiarán.



Si tiene preguntas, llame a SFHP Care Plus al 1(833) 530-7327 (TTY: 711).

Estamos disponibles de 8:00am a 8:00pm, los siete días de la semana de octubre a marzo; cerrados los sábados y domingos de abril a septiembre. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite sfhp.org/careplus-members.

- Le dan una carta que le indica lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de apelación y presentar una apelación de Nivel 3.
- Puede presentar una queja y solicitar al DMHC una revisión médica independiente para continuar con la cobertura de sus servicios de atención médica. Consulte la **Sección F4** para saber cómo solicitar al DMHC una revisión médica independiente. Puede presentar una queja y solicitar al DMHC una revisión médica independiente además o en lugar de una apelación de Nivel 3.

Un ALJ o un abogado adjudicador maneja las apelaciones de Nivel 3. Consulte la **Sección J** y la **Sección J3** para obtener información sobre las apelaciones de Nivel 3, 4 y 5.

J. Llevar su apelación más allá del Nivel 2

J1. Próximos pasos para los servicios y artículos de Medicare

Si realizó una apelación de Nivel 1 y una apelación de Nivel 2 para servicios o artículos de Medicare, y ambas apelaciones fueron rechazadas, es posible que tenga derecho a niveles adicionales de apelación.

Si el valor en dólares del servicio o artículo de Medicare que apeló no alcanza un cierto monto mínimo en dólares, no puede apelar más. Si el valor en dólares es lo suficientemente alto, puede continuar con el proceso de apelación. La carta que recibe de la IRO para su apelación de nivel 2 explica a quién contactar y qué hacer para solicitar una apelación de Nivel 3.

Apelación de Nivel 3

El Nivel 3 del proceso de apelación es una audiencia del ALJ. La persona que toma la decisión es un ALJ o un abogado adjudicador que trabaja para el gobierno federal.

Si el ALJ o el abogado adjudicador dice que **sí** a su apelación, tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 3 que sea favorable para usted.

- Si decidimos **apelar** la decisión, le enviamos una copia de la solicitud de apelación de Nivel 4 con los documentos adjuntos. Podemos esperar la decisión de la apelación de Nivel 4 antes de autorizar o proporcionar el servicio en disputa.
- Si decidimos **no apelar** la decisión, debemos autorizarle o brindarle el servicio dentro de los 60 días calendario posteriores a la recepción de la decisión del ALJ o del abogado adjudicador.
 - Si el ALJ o el abogado adjudicador dice que **no** a su apelación, es posible que el proceso de apelación no haya terminado.



Si tiene preguntas, llame a SFHP Care Plus al 1(833) 530-7327 (TTY: 711).

Estamos disponibles de 8:00am a 8:00pm, los siete días de la semana de octubre a marzo; cerrados los sábados y domingos de abril a septiembre. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite sfhp.org/careplus-members.

- Si decide **aceptar** esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelación ha terminado.
- Si decide **no aceptar** esta decisión que rechaza su apelación, puede continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. El aviso que reciba le dirá qué hacer para una apelación de Nivel 4.

Apelación de Nivel 4

El Medicare Appeals Council (Consejo) revisa su apelación y le da una respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.

Si el Consejo dice que **sí** a su apelación de Nivel 4 o rechaza nuestra solicitud de revisar una decisión de apelación de Nivel 3 favorable para usted, tenemos derecho a apelar al Nivel 5.

- Si decidimos **apelar** la decisión, se lo informaremos por escrito.
- Si decidimos **no apelar** la decisión, debemos autorizarle o proporcionarle el servicio dentro de los 60 días calendario posteriores a la recepción de la decisión del Consejo.

Si el Consejo dice que **no** o niega nuestra solicitud de revisión, es posible que el proceso de apelación no haya terminado.

- Si decide **aceptar** esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelación ha terminado.
- Si decide **no aceptar** esta decisión que rechaza su apelación, es posible que pueda continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. El aviso que reciba le dirá si puede pasar a una apelación de Nivel 5 y qué hacer.

Apelación de Nivel 5

- Un juez del Tribunal Federal de Distrito revisará su apelación y toda la información y decidirá **Sí** o **No**. Esta es la decisión final. No hay otros niveles de apelación más allá del Tribunal Federal de Distrito.

J2. Apelaciones adicionales de Medi-Cal

También tiene otros derechos de apelación si su apelación se refiere a servicios o artículos que Medi-Cal generalmente cubre. La carta que reciba de la State Hearings Division le dirá qué hacer si desea continuar con el proceso de apelación.



Si tiene preguntas, llame a SFHP Care Plus al 1(833) 530-7327 (TTY: 711).

Estamos disponibles de 8:00am a 8:00pm, los siete días de la semana de octubre a marzo; cerrados los sábados y domingos de abril a septiembre. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite sfhp.org/careplus-members.

J3. Niveles de apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de medicamentos de Medicare Part D

Esta sección puede ser adecuada para usted si presentó una apelación de Nivel 1 y una apelación de Nivel 2, y ambas apelaciones fueron rechazadas.

Si el valor del medicamento que apeló alcanza una cierta cantidad en dólares, es posible que pueda pasar a niveles adicionales de apelación. La respuesta por escrito que recibe a su apelación de Nivel 2 explica a quién contactar y qué hacer para solicitar una apelación de Nivel 3.

Apelación de Nivel 3

El Nivel 3 del proceso de apelación es una audiencia del ALJ. La persona que toma la decisión es un ALJ o un abogado adjudicador que trabaja para el gobierno federal.

Si el ALJ o el abogado adjudicador dice **Sí** a su apelación:

- El proceso de apelación ha terminado.
- Debemos autorizar o proporcionar la cobertura de medicamentos aprobada dentro de las 72 horas (o 24 horas para una apelación acelerada) o realizar el pago a más tardar 30 días calendario después de recibir la decisión.

Si el ALJ o el abogado adjudicador dice que **no** a su apelación, es posible que el proceso de apelación no haya terminado.

- Si decide **aceptar** esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelación ha terminado.
- Si decide **no aceptar** esta decisión que rechaza su apelación, puede continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. El aviso que reciba le dirá qué hacer para una apelación de Nivel 4.

Apelación de Nivel 4

El Consejo revisa su apelación y le da una respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.

Si el Consejo responde **sí** a su apelación:

- El proceso de apelación ha terminado.
- Debemos autorizar o proporcionar la cobertura de medicamentos aprobada dentro de las 72 horas (o 24 horas para una apelación acelerada) o realizar el pago a más tardar 30 días calendario después de recibir la decisión.



Si tiene preguntas, llame a SFHP Care Plus al 1(833) 530-7327 (TTY: 711).

Estamos disponibles de 8:00am a 8:00pm, los siete días de la semana de octubre a marzo; cerrados los sábados y domingos de abril a septiembre. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite sfhp.org/careplus-members.

Si el Consejo dice **no** a su apelación o si el Consejo rechaza la solicitud de revisión, es posible que el proceso de apelación no haya terminado.

- Si decide **aceptar** la decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelación ha terminado.
- Si decide **no aceptar** esta decisión que rechaza su apelación, es posible que pueda continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. El aviso que reciba le dirá si puede pasar a una apelación de Nivel 5 y qué hacer.

Apelación de Nivel 5

- Un juez del Tribunal Federal de Distrito revisará su apelación y toda la información y decidirá **Sí** o **No**. Esta es la decisión final. No hay otros niveles de apelación más allá del Tribunal Federal de Distrito.



Si tiene preguntas, llame a SFHP Care Plus al 1(833) 530-7327 (TTY: 711).

Estamos disponibles de 8:00am a 8:00pm, los siete días de la semana de octubre a marzo; cerrados los sábados y domingos de abril a septiembre. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite sfhp.org/careplus-members.

K. Cómo hacer una queja

K1. ¿Qué tipo de problemas deben ser quejas?

El proceso de quejas se utiliza solo para ciertos tipos de problemas, como problemas sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, la coordinación de la atención y el servicio al cliente. Estos son ejemplos de los tipos de problemas que maneja el proceso de quejas.

Queja	Ejemplo
Calidad de su atención médica	No está satisfecho con la calidad de la atención, como la atención que recibió en el hospital.
Respetar su privacidad	Cree que alguien no respetó su derecho a la privacidad ni compartió información confidencial sobre usted.
Falta de respeto, mal servicio al cliente u otros comportamientos negativos	- Un proveedor o personal de atención médica fue grosero o irrespetuoso con usted. - Nuestro personal lo trató mal. - Cree que está siendo expulsado de nuestro plan.
Accesibilidad y asistencia lingüística	- No puede acceder físicamente a los servicios e instalaciones de atención médica en el consultorio de un médico o proveedor. - Su médico o proveedor no proporciona un intérprete para el idioma que habla que no sea inglés (como el lenguaje de señas americano o el español). - Su proveedor no le da otras adaptaciones razonables que necesita y solicita.
Tiempos de espera	- Tiene problemas para conseguir una cita o espera demasiado para obtenerla. - Los médicos, farmacéuticos u otros profesionales de la salud, Servicio al Cliente u otro personal del plan lo hacen esperar demasiado.
Limpieza	Cree que la clínica, el hospital o el consultorio del médico no están limpios.



Si tiene preguntas, llame a SFHP Care Plus al 1(833) 530-7327 (TTY: 711).

Estamos disponibles de 8:00am a 8:00pm, los siete días de la semana de octubre a marzo; cerrados los sábados y domingos de abril a septiembre. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite sfhp.org/careplus-members.

Queja	Ejemplo
Información que obtiene de nosotros	• Cree que no le dimos un aviso o una carta que debería haber recibido. • Crees que la información escrita que le enviamos es demasiado difícil de entender.
Puntualidad relacionada con decisiones de cobertura o apelaciones	• Cree que no cumplimos con nuestros plazos para tomar una decisión de cobertura o responder a su apelación. • Cree que, después de obtener una cobertura o una decisión de apelación a su favor, no cumplimos con los plazos para aprobar o brindarle el servicio o reembolsarle ciertos servicios médicos. • No cree que hayamos enviado su caso a la IRO a tiempo.

Hay diferentes tipos de quejas. Puede presentar una queja interna y/o una queja externa. Nuestro plan presenta y revisa una queja interna. Una queja externa es presentada y revisada por una organización no afiliada a nuestro plan. Si necesita ayuda para presentar una queja interna y/o externa, puede llamar a Servicio al Cliente de SFHP Care Plus al 1(833) 530-7327 (TTY: 711). Atendemos en el horario de 8 a.m. a 8 p.m., todos los días de la semana de octubre a marzo, y los sábados y domingos permanecemos cerrados de abril a septiembre. La llamada es gratuita.

El término legal para una “queja” es una **“reclamación”**.

El término legal para “presentar una queja” es **“presentar una reclamación o queja formal”**.

K2. Quejas internas

Para presentar una queja interna, llame al Servicio al Cliente de SFHP Care Plus al 1(833) 530-7327 (TTY: 711). Puede presentar la queja en cualquier momento, a menos que se trate de un medicamento de Medicare Part D. Si la queja es sobre un medicamento de Medicare Part D, debe presentarla **dentro de los 60 días calendario** posteriores a la fecha en que tuvo el problema del que desea quejarse.



Si tiene preguntas, llame a SFHP Care Plus al 1(833) 530-7327 (TTY: 711).

Estamos disponibles de 8:00am a 8:00pm, los siete días de la semana de octubre a marzo; cerrados los sábados y domingos de abril a septiembre. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite sfhp.org/careplus-members.

- Si hay algo más que deba hacer, el Servicio al Cliente de SFHP Care Plus se lo dirá.
- También puede escribir su queja y enviárnosla. Si presenta su queja por escrito, responderemos a su queja por escrito.

El término legal para “queja rápida” es **“queja acelerada”**.

Si es posible, le respondemos de inmediato. Si nos llama con una queja, es posible que podamos darle una respuesta en la misma llamada telefónica. Si su estado de salud requiere que respondamos rápidamente, lo haremos.

- Respondemos a la mayoría de las quejas dentro de los 30 días calendario. Si no tomamos una decisión dentro de los 30 días calendario porque necesitamos más información, se lo notificamos por escrito. También proporcionamos una actualización de estado y un tiempo estimado para que obtenga la respuesta.
- Si presenta una queja porque rechazamos su solicitud de una “decisión de cobertura rápida” o una “apelación rápida”, automáticamente le damos una “queja rápida” y respondemos a su queja dentro de las 24 horas.
- Si presenta una queja porque nos tomamos más tiempo para tomar una decisión de cobertura o apelar, automáticamente le damos una “queja rápida” y respondemos a su queja dentro de las 24 horas.

Si no estamos de acuerdo con parte o la totalidad de su queja, se lo diremos y le daremos nuestras razones. Respondemos si estamos de acuerdo con la queja o no.

K3. Quejas externas

Medicare

Puede informar a Medicare sobre su queja o enviarla a Medicare. El Formulario de queja de Medicare está disponible en: www.medicare.gov/my/medicare-complaint. No es necesario que presente una queja ante SFHP Care Plus antes de presentar una queja ante Medicare.

Medicare toma en serio sus quejas y utiliza esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa de Medicare.

Si tiene algún otro comentario o inquietud, o si cree que el plan de salud no está abordando su problema, también puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. La llamada es gratuita.



Si tiene preguntas, llame a SFHP Care Plus al 1(833) 530-7327 (TTY: 711).

Estamos disponibles de 8:00am a 8:00pm, los siete días de la semana de octubre a marzo; cerrados los sábados y domingos de abril a septiembre. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite sfhp.org/careplus-members.

Medi-Cal

Puede presentar una queja ante el Medi-Cal Managed Care Ombudsman del California Department of Health Care Services (DHCS) llamando al 1-888-452-8609. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711 Llame de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m.

Puede presentar una queja ante el California Department of Managed Health Care (DMHC). El DMHC es responsable de regular los planes de servicio de atención médica. Puede llamar al Centro de ayuda del DMHC para obtener ayuda con las quejas sobre los servicios de Medi-Cal. Para asuntos no urgentes, puede presentar una queja ante el DMHC si no está de acuerdo con la decisión en su apelación de Nivel 1 o si el plan no ha resuelto su queja después de 30 días calendario. Sin embargo, puede comunicarse con el DMHC sin presentar una apelación de Nivel 1 si necesita ayuda con una queja que involucre un problema urgente o uno que involucre una amenaza inmediata y grave para su salud, si tiene un dolor intenso, si no está de acuerdo con la decisión de nuestro plan sobre su queja o si nuestro plan no ha resuelto su queja después de 30 días calendario.

Aquí hay dos formas de obtener ayuda del Centro de ayuda:

- Llame al 1-888-466-2219. Las personas sordas, con problemas de audición o del habla pueden usar el número gratuito TTY, 1-877-688-9891. La llamada es gratuita.
- Visite el sitio web del Department of Managed Health Care (www.dmh.ca.gov).

Office for Civil Rights (OCR)

Puede presentar una queja ante la OCR del Department of Health and Human Services (HHS) si cree que no ha recibido un trato justo. Por ejemplo, puede presentar una queja sobre el acceso para discapacitados o la asistencia lingüística. El número de teléfono de la OCR es 1-800-368-1019. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-537-7697. Puede visitar www.hhs.gov/ocr para obtener más información.

También puede ponerse en contacto con la oficina local de la OCR en:

Civil Rights
US Department of Health and Human Services
90 7th Street, Suite 4-100
San Francisco, CA 94103

Centro de respuesta al cliente: 1(800) 368-1019
Fax: 1(202) 619-3818
TDD: 1(800) 537-7697



Si tiene preguntas, llame a SFHP Care Plus al 1(833) 530-7327 (TTY: 711).

Estamos disponibles de 8:00am a 8:00pm, los siete días de la semana de octubre a marzo; cerrados los sábados y domingos de abril a septiembre. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite sfhp.org/careplus-members.

Correo electrónico: OCRComplaint@hhs.gov

También puede tener derechos bajo la Americans with Disability Act (ADA) y bajo las leyes estatales de California que se aplican. Puede presentar una queja de la siguiente manera:

- Presentando una queja ante SFHP Care Plus; o bien
- Presentando una queja ante la Federal HHS Office of Civil Rights (OCR):
Presentar una queja de derechos civiles | HHS.gov

QIO

Cuando su queja es sobre la calidad de la atención, tiene dos opciones:

- Puede presentar su queja sobre la calidad de la atención directamente a la QIO.
- Puede presentar su queja ante la QIO y ante nuestro plan. Si presenta una queja ante la QIO, trabajamos con ellos para resolver su queja.

La QIO es un grupo de médicos en ejercicio y otros expertos en atención médica pagados por el gobierno federal para verificar y mejorar la atención brindada a los pacientes de Medicare. Para obtener más información sobre la QIO, consulte la **Sección H2** o consulte el **Capítulo 2** de este *Manual del miembro*.

En California, la QIO se llama Commence Health BFCC-QIO. El número de teléfono de Commence Health BFCC-QIO es 1(877) 588-1123 (TTY: 711).



Si tiene preguntas, llame a SFHP Care Plus al 1(833) 530-7327 (TTY: 711).

Estamos disponibles de 8:00am a 8:00pm, los siete días de la semana de octubre a marzo; cerrados los sábados y domingos de abril a septiembre. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite sfhp.org/careplus-members.

Capítulo 10: Terminar su membresía en nuestro plan

Introducción

Este capítulo explica cómo puede cancelar su membresía con nuestro plan y sus opciones de cobertura de salud después de dejar nuestro plan. Si abandona nuestro plan, seguirá en los programas Medicare y Medi-Cal siempre que sea elegible. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo del *Manual del miembro*.



Si tiene preguntas, llame a SFHP Care Plus al 1(833) 530-7327 (TTY: 711). Estamos disponibles de 8:00am a 8:00pm, los siete días de la semana de octubre a marzo; cerrados los sábados y domingos de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite sfhp.org/careplus-members.

Índice

A. Cuándo puede cancelar su membresía en nuestro plan	266
B. Cómo cancelar la membresía en nuestro plan.....	267
C. Cómo obtener los servicios de Medicare y Medi-Cal por separado	268
C1. Sus servicios de Medicare.....	268
C2. Sus servicios de Medi-Cal	272
D. Sus artículos médicos, servicios y medicamentos hasta que finalice su membresía en nuestro plan.....	273
E. Otras situaciones en las que finaliza su membresía en nuestro plan	273
F. Reglas que prohíben pedirle que abandone el plan por cualquier motivo relacionado con la salud	275
G. Su derecho a presentar una queja si cancelamos su membresía en nuestro plan	275
H. Cómo obtener más información sobre cómo cancelar la membresía de su plan	275



Si tiene preguntas, llame a SFHP Care Plus al 1(833) 530-7327 (TTY: 711).

Estamos disponibles de 8:00am a 8:00pm, los siete días de la semana de octubre a marzo; cerrados los sábados y domingos de abril a septiembre. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite sfhp.org/careplus-members.

A. Cuándo puede cancelar su membresía en nuestro plan

La mayoría de las personas con Medicare pueden cancelar su membresía durante ciertas épocas del año. Debido a que tiene Medi-Cal, tiene algunas opciones para finalizar su membresía con nuestro plan cualquier mes del año.

Además, puede cancelar su membresía en nuestro plan durante los siguientes períodos cada año:

- El **Período de inscripción abierta**, que es del 15 de octubre al 7 de diciembre. Si elige un nuevo plan durante este período, su membresía en nuestro plan finaliza el 31 de diciembre y su membresía en el nuevo plan comienza el 1 de enero.
- El **Período de inscripción abierta de Medicare Advantage (MA)**, que es del 1 de enero al 31 de marzo y también para los nuevos beneficiarios de Medicare que están inscritos en un plan, desde el mes en que adquiere derecho a la Part A y la Part B hasta el último día del 3.er mes de derecho. Si elige un nuevo plan durante este período, su membresía en el nuevo plan comienza el primer día del mes siguiente.

Puede haber otras situaciones en las que sea elegible para realizar un cambio en su inscripción. Por ejemplo, cuando:

- se muda fuera de nuestra área de servicio,
- Su elegibilidad para Medi-Cal o Extra Help cambió, o
- Si se mudó recientemente, actualmente está recibiendo atención o acaba de mudarse de un centro de enfermería o un hospital de atención a largo plazo.

Su membresía finaliza el último día del mes en que recibimos su solicitud para dejar el plan. Por ejemplo, si recibimos su solicitud el 18 de enero, su cobertura con nuestro plan finaliza el 31 de enero. Si se inscribe en otro plan, su nueva cobertura comienza el primer día del mes siguiente (1 de febrero, en este ejemplo).

Si abandona nuestro plan, puede obtener información sobre sus:

- Opciones de Medicare en la tabla de la **Sección C1** a continuación.
- Opciones y servicios de Medi-Cal en la **Sección C2** a continuación.



Si tiene preguntas, llame a SFHP Care Plus al 1(833) 530-7327 (TTY: 711).

Estamos disponibles de 8:00am a 8:00pm, los siete días de la semana de octubre a marzo; cerrados los sábados y domingos de abril a septiembre. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite sfhp.org/careplus-members.

Puede obtener más información sobre cómo puede cancelar su membresía llamando a:

- Servicio al Cliente de SFHP Care Plus al número que figura en la parte inferior de esta página. También aparece el número para usuarios de TTY.
- Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- California Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP) al 1-800-434-0222, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m. Para obtener más información o para encontrar una oficina del HICAP en su área, visite www.aging.ca.gov/HICAP. Health Care Options al 1-844-580-7272, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 6 p.m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-430-7077.
- Medi-Cal Managed Care Ombudsman al 1-888-452-8609, de lunes a viernes de 8 a.m. a 5 p.m. o envíe un correo electrónico a MMCDOmbudsmanOffice@dhcs.ca.gov.

NOTA: Si está en un programa de administración de medicamentos (DMP), es posible que no pueda cambiar de plan. Consulte el **Capítulo 5** de este *Manual del miembro* para obtener información sobre los programas de manejo de medicamentos.

B. Cómo cancelar la membresía en nuestro plan

Si decide cancelar su membresía, puede hacerlo inscribiéndose en otro plan de Medicare o cambiando a Original Medicare. Sin embargo, si desea cambiarse de nuestro plan a Original Medicare pero no ha seleccionado un plan de medicamentos de Medicare por separado, debe solicitar que se cancele su inscripción en nuestro plan. Hay dos formas de solicitar que se cancele la inscripción:

- Puede hacernos una solicitud por escrito. Comuníquese con el Servicio al Cliente de SFHP Care Plus a los números que se encuentran al final de esta página si necesita más información sobre cómo hacerlo.
- Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY (personas que tienen dificultades para oír o hablar) pueden llamar al 1-877-486-2048. Cuando llama al 1-800-MEDICARE, también puede inscribirse en otro plan de salud o medicamentos de Medicare. Hay más información sobre cómo obtener sus servicios de Medicare cuando deje nuestro plan en la tabla de la página 269.



Si tiene preguntas, llame a SFHP Care Plus al 1(833) 530-7327 (TTY: 711).

Estamos disponibles de 8:00am a 8:00pm, los siete días de la semana de octubre a marzo; cerrados los sábados y domingos de abril a septiembre. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite sfhp.org/careplus-members.

- Llame a Health Care Options al 1-844-580-7272, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 6 p.m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-430-7077.
- La **Sección C** a continuación incluye los pasos que puede seguir para inscribirse en un plan diferente, que también finalizará su membresía en nuestro plan.

C. Cómo obtener los servicios de Medicare y Medi-Cal por separado

Tiene opciones para obtener sus servicios de Medicare y Medi-Cal si decide abandonar nuestro plan.

C1. Sus servicios de Medicare

Tiene tres opciones para obtener sus servicios de Medicare que se enumeran a continuación en cualquier mes del año. Tiene una opción adicional que se enumera a continuación durante ciertas épocas del año, incluido el **Período de inscripción abierta** y el **Período de inscripción abierta de Medicare Advantage** u otras situaciones descritas en la **Sección A**. Al elegir una de estas opciones, finaliza automáticamente su membresía en nuestro plan.



Si tiene preguntas, llame a SFHP Care Plus al 1(833) 530-7327 (TTY: 711).

Estamos disponibles de 8:00am a 8:00pm, los siete días de la semana de octubre a marzo; cerrados los sábados y domingos de abril a septiembre. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite sfhp.org/careplus-members.

1. Puede cambiar a: Un plan Medicare Medi-Cal (plan Medi-Medi) es un tipo de plan Medicare Advantage plan. Es para personas que tienen Medicare y Medi-Cal y combina los beneficios de Medicare y Medi-Cal en un solo plan. Los planes Medi-Medi coordinan todos los beneficios y servicios en ambos programas, incluidos todos los servicios cubiertos por Medicare y Medi-Cal o un plan del Program of All-inclusive Care for the Elderly (PACE), si califica. Nota: El término Plan Medi-Medi es el nombre de los planes integrados de necesidades especiales con doble elegibilidad (D-SNP) en California.	Esto es lo que debe hacer: Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Para consultas sobre el Program of All-Inclusive Care for the Elderly (PACE), llame al 1-855-921-PACE (7223). Si necesita más ayuda o más información: ▪ Llame al California Health Insurance Counseling and Advocacy (HICAP) al 1-800-434-0222, de lunes a viernes de 8 a.m. a 5 p.m. Los usuarios de TTY (personas que tienen dificultades auditivas o del habla) pueden llamar al 1-800-735-2929 o 711. Para obtener más información o para encontrar una oficina local del HICAP en su área, visite www.aging.ca.gov/HICAP. O BIEN Inscríbase en un nuevo Plan Medi-Medi. Se cancelará automáticamente su inscripción en nuestro plan de Medicare cuando comience la cobertura de su nuevo plan. Su plan de Medi-Cal cambiará para coincidir con su Plan Medi-Medi.
--	---



Si tiene preguntas, llame a SFHP Care Plus al 1(833) 530-7327 (TTY: 711).

Estamos disponibles de 8:00am a 8:00pm, los siete días de la semana de octubre a marzo; cerrados los sábados y domingos de abril a septiembre. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite sfhp.org/careplus-members.

2. Puede cambiar a: Original Medicare con un plan de medicamentos de Medicare por separado, y un plan Medi-Cal.	Esto es lo que debe hacer: Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si necesita más ayuda o más información: ▪ Llame al California Health Insurance Counseling and Advocacy (HICAP) al 1-800-434-0222, de lunes a viernes de 8 a.m. a 5 p.m. Los usuarios de TTY (personas que tienen dificultades auditivas o del habla) pueden llamar al 1-800-735-2929 o 711. Para obtener más información o para encontrar una oficina local del HICAP en su área, visite www.aging.ca.gov/HICAP. O BIEN Inscríbase en un nuevo plan de medicamentos de Medicare. Se cancelará automáticamente su inscripción en nuestro plan cuando comience su cobertura de Original Medicare. Permanecerá inscrito en su plan de Medi-Cal, a menos que elija un plan diferente.
---	---



Si tiene preguntas, llame a SFHP Care Plus al 1(833) 530-7327 (TTY: 711).

Estamos disponibles de 8:00am a 8:00pm, los siete días de la semana de octubre a marzo; cerrados los sábados y domingos de abril a septiembre. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite sfhp.org/careplus-members.

3. Puede cambiar a: Original Medicare sin un plan de medicamentos de Medicare por separado, si tiene una razón válida para la cancelación de la inscripción NOTA: Si se cambia a Original Medicare y no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare por separado, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que le diga a Medicare que no desea inscribirse. Solo debe cancelar la cobertura de medicamentos si tiene cobertura de medicamentos de otra fuente, como un empleador o sindicato. Si tiene preguntas acerca de si necesita cobertura de medicamentos, llame al California Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP), al 1-800-434-0222, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m. Para obtener más información o para encontrar una oficina local del HICAP en su área, visite www.aging.ca.gov/HICAP.	Esto es lo que debe hacer: Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si necesita más ayuda o más información: ▪ Llame al California Health Insurance Counseling and Advocacy (HICAP) al 1-800-434-0222, de lunes a viernes de 8 a.m. a 5 p.m. Los usuarios de TTY (personas que tienen dificultades auditivas o del habla) pueden llamar al 1-800-735-2929 o 711. Para obtener más información o para encontrar una oficina local del HICAP en su área, visite www.aging.ca.gov/HICAP. Se cancelará automáticamente su inscripción en nuestro plan cuando comience su cobertura de Original Medicare. Permanecerá inscrito en su plan de Medi-Cal, a menos que elija un plan diferente.
--	--



Si tiene preguntas, llame a SFHP Care Plus al 1(833) 530-7327 (TTY: 711).

Estamos disponibles de 8:00am a 8:00pm, los siete días de la semana de octubre a marzo; cerrados los sábados y domingos de abril a septiembre. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite sfhp.org/careplus-members.

4. Puede cambiar a: Cualquier plan de salud de Medicare durante ciertas épocas del año, incluido el Período de inscripción abierta y el Período de inscripción abierta de Medicare Advantage u otras situaciones descritas en la Sección A.	Esto es lo que debe hacer: Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Para consultas sobre el Program of All-Inclusive Care for the Elderly (PACE), llame al 1-855-921-PACE (7223). Si necesita más ayuda o más información: ▪ Llame al California Health Insurance Counseling and Advocacy (HICAP) al 1-800-434-0222, de lunes a viernes de 8 a.m. a 5 p.m. Los usuarios de TTY (personas que tienen dificultades auditivas o del habla) pueden llamar al 1-800-735-2929 o 711. Para obtener más información o para encontrar una oficina local del HICAP en su área, visite www.aging.ca.gov/HICAP. O BIEN Inscríbase en un nuevo plan de Medicare. Se cancelará automáticamente su inscripción en nuestro plan de Medicare cuando comience la cobertura de su nuevo plan. Su plan de Medi-Cal puede cambiar.
--	---

C2. Sus servicios de Medi-Cal

Si tiene preguntas sobre cómo obtener sus servicios de Medi-Cal después de dejar nuestro plan, comuníquese con Health Care Options al 1-844-580-7272, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 6 p.m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-430-7077. O visite <https://www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov/>. Pregunte cómo unirse a otro plan o regresar a Original Medicare afecta la forma en que obtiene su cobertura de Medi-Cal.



Si tiene preguntas, llame a SFHP Care Plus al 1(833) 530-7327 (TTY: 711).

Estamos disponibles de 8:00am a 8:00pm, los siete días de la semana de octubre a marzo; cerrados los sábados y domingos de abril a septiembre. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite sfhp.org/careplus-members.

D. Sus artículos médicos, servicios y medicamentos hasta que finalice su membresía en nuestro plan

Si abandona nuestro plan, puede pasar un tiempo antes de que finalice su membresía y comience su nueva cobertura de Medicare y Medi-Cal. Durante este tiempo, seguirá recibiendo sus medicamentos y atención médica a través de nuestro plan hasta que comience su nuevo plan.

- Utilice a los proveedores de nuestra red para recibir atención médica.
- Use las farmacias de nuestra red, incluso a través de nuestros servicios de farmacia de pedidos por correo, para surtir sus recetas.
- Si está hospitalizado el día en que finaliza su membresía en SFHP Care Plus, nuestro plan cubrirá su estadía en el hospital hasta que sea dado de alta. Esto sucederá incluso si su nueva cobertura de salud comienza antes de que le den de alta.

E. Otras situaciones en las que finaliza su membresía en nuestro plan

Estos son los casos en los que debemos cancelar su membresía en nuestro plan:

- Si hay una interrupción en su cobertura de Medicare Part A y Medicare Part B.
- Si ya no califica para Medi-Cal. Nuestro plan es para personas que califican tanto para Medicare como para Medi-Cal. Nota: Si ya no califica para Medi-Cal, puede continuar temporalmente en nuestro plan con los beneficios de Medicare. Consulte la información a continuación sobre el período de consideración. Nuestro plan cancelará su inscripción involuntariamente si pierde el estado de necesidades especiales (es decir, pérdida de elegibilidad para Medi-Cal) y no recupera el estado de necesidades especiales dentro del período de tres (3) meses de elegibilidad considerada.
- Si se muda fuera de nuestra área de servicio.
- Si está fuera de nuestra área de servicio por más de seis meses.
 - Si se muda o hace un viaje largo, llame al Servicio al Cliente de SFHP Care Plus para averiguar si el lugar al que se muda o viaja se encuentra en el área de servicio de nuestro plan.



Si tiene preguntas, llame a SFHP Care Plus al 1(833) 530-7327 (TTY: 711).

Estamos disponibles de 8:00am a 8:00pm, los siete días de la semana de octubre a marzo; cerrados los sábados y domingos de abril a septiembre. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite sfhp.org/careplus-members.

- Si va a la cárcel o prisión por un delito penal.
- Si miente u oculta información sobre otro seguro que tiene para medicamentos.
- Si no es ciudadano o nacional de los Estados Unidos, o un no ciudadano elegible.
 - Debe ser ciudadano o nacional de los Estados Unidos, o un no ciudadano elegible, para ser miembro de nuestro plan.
 - Los Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) nos notificarán si no es elegible para seguir siendo miembro sobre esta base.
 - Debemos cancelar su inscripción si no cumple con este requisito.

Si pierde su elegibilidad para Medi-Cal, pero se espera que la recupere dentro de tres meses, continuaremos proporcionándole todos los beneficios cubiertos por Medicare y Medi-Cal. Durante este tiempo, lo ayudaremos a recuperar la elegibilidad para Medi-Cal. Si no puede recuperar Medi-Cal dentro de tres meses, cancelaremos su inscripción de SFHP Care Plus. Si recupera la elegibilidad para Medi-Cal después de que se haya cancelado su inscripción, deberá comunicarse con nosotros para volver a inscribirse en el plan.

Nuestro plan ofrece un período de elegibilidad de tres (3) meses a los miembros que pierden su beneficio de Medi-Cal. El período de tres (3) meses de elegibilidad estimada comenzará el primer día del mes siguiente en el que la información sobre la pérdida esté disponible para SFHP y se comunique al miembro. Dentro del período de tres (3) meses de elegibilidad continua considerada, sus beneficios de Medicare y Medi-Cal en este plan continuarán. Comuníquese con Health Care Options para obtener información sobre su elegibilidad para Medi-Cal, consulte el **Capítulo 2, Sección H** para obtener información de contacto. Si no vuelve a calificar dentro del período de elegibilidad continuado considerado, nuestro plan cancelará su inscripción involuntariamente (el día 1 del mes siguiente al final del tercer mes de este período de elegibilidad considerada).

Podemos hacer que abandone nuestro plan por las siguientes razones solo si primero obtenemos el permiso de Medicare y Medi-Cal:

- Si intencionalmente nos proporciona información incorrecta cuando se inscribe en nuestro plan y esa información afecta su elegibilidad para nuestro plan.
- Si se comporta continuamente de una manera que es perjudicial y nos dificulta brindarle atención médica a usted y a otros miembros de nuestro plan.



Si tiene preguntas, llame a SFHP Care Plus al 1(833) 530-7327 (TTY: 711).

Estamos disponibles de 8:00am a 8:00pm, los siete días de la semana de octubre a marzo; cerrados los sábados y domingos de abril a septiembre. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite sfhp.org/careplus-members.

- Si permite que otra persona use su tarjeta de identificación de miembro para recibir atención médica. (Medicare puede pedirle al Inspector General que investigue su caso si cancelamos su membresía por este motivo).

F. Reglas que prohíben pedirle que abandone el plan por cualquier motivo relacionado con la salud

No podemos pedirle que abandone nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud. Si cree que le estamos pidiendo que abandone nuestro plan por un motivo relacionado con la salud, **llame a Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

G. Su derecho a presentar una queja si cancelamos su membresía en nuestro plan

Si cancelamos su membresía en nuestro plan, debemos informarle nuestras razones por escrito para cancelar su membresía. También debemos explicarle cómo puede presentar una queja o presentar una queja sobre nuestra decisión de cancelar su membresía. También puede consultar el **Capítulo 9** de este *Manual del miembro* para obtener información sobre cómo presentar una queja.

H. Cómo obtener más información sobre cómo cancelar la membresía de su plan

Si tiene preguntas o desea obtener más información sobre cómo cancelar su membresía, puede llamar al Servicio al Cliente de SFHP Care Plus al número que se encuentra al final de esta página.



Si tiene preguntas, llame a SFHP Care Plus al 1(833) 530-7327 (TTY: 711).

Estamos disponibles de 8:00am a 8:00pm, los siete días de la semana de octubre a marzo; cerrados los sábados y domingos de abril a septiembre. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite sfhp.org/careplus-members.

Capítulo 11: Avisos legales

Introducción

Este capítulo incluye avisos legales que se aplican a su membresía en nuestro plan. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo del *Manual del miembro*.



Si tiene preguntas, llame a SFHP Care Plus al 1(833) 530-7327 (TTY: 711).

Estamos disponibles de 8:00am a 8:00pm, los siete días de la semana de octubre a marzo; cerrados los sábados y domingos de abril a septiembre. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite sfhp.org/careplus-members.

Índice

A. Aviso sobre las leyes.....	278
B. Aviso federal sobre no discriminación.....	278
C. Aviso sobre no discriminación para Medi-Cal.....	278
D. Aviso sobre Medicare como pagador secundario y Medi-Cal como pagador de último recurso.....	280
E. Aviso sobre la recuperación del patrimonio de Medi-Cal.....	280



Si tiene preguntas, llame a SFHP Care Plus al 1(833) 530-7327 (TTY: 711).

Estamos disponibles de 8:00am a 8:00pm, los siete días de la semana de octubre a marzo; cerrados los sábados y domingos de abril a septiembre. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite sfhp.org/careplus-members.

A. Aviso sobre las leyes

Muchas leyes se aplican a este *Manual del miembro*. Estas leyes podrían afectar sus derechos y responsabilidades, incluso si no se incluyen ni se explican en este *Manual del miembro*. Las leyes principales que se aplican a este manual son leyes federales y estatales relacionadas con los programas Medicare y Medi-Cal. También se podrían aplicar otras leyes estatales y federales.

B. Aviso federal sobre no discriminación

No discriminamos por motivos de raza, etnia, origen nacional, color, religión, sexo, edad, discapacidad mental o física, estado de salud, experiencia en reclamos, historial médico, información genética, evidencia de asegurabilidad o ubicación geográfica dentro del área de servicio. Todas las organizaciones que brindan planes Medicare Advantage, como nuestro plan, deben obedecer las leyes federales contra la discriminación, incluido el Title VI de la Civil Rights Act of 1964, la Rehabilitation Act of 1973, the Age Discrimination Act of 1975, la Americans with Disabilities Act, Section 1557 de la Affordable Care Act todas las demás leyes que se aplican a las organizaciones que reciben fondos federales, y cualquier otra ley y regla que se aplique por cualquier otro motivo.

Si desea obtener más información o tiene inquietudes sobre discriminación o trato injusto:

- Llame al Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights al 1-800-368-1019. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-537-7697. También puede visitar www.hhs.gov/ocr para obtener más información.

C. Aviso sobre no discriminación para Medi-Cal

No lo discriminamos ni lo tratamos de manera diferente debido a su raza, etnia, origen nacional, color, religión, sexo, edad, discapacidad mental o física, estado de salud, experiencia en reclamos, historial médico, información genética, evidencia de asegurabilidad o ubicación geográfica dentro del área de servicio. Además, no discriminamos, excluimos a las personas ni las tratamos de manera diferente debido a su ascendencia, identificación de grupo étnico, identidad de género, estado civil o condición médica.

Si desea obtener más información o tiene inquietudes sobre discriminación o trato injusto:

- Llame al Department of Health Care Services, Office for Civil Rights, al 1-916-440-7370. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711



Si tiene preguntas, llame a SFHP Care Plus al 1(833) 530-7327 (TTY: 711).

Estamos disponibles de 8:00am a 8:00pm, los siete días de la semana de octubre a marzo; cerrados los sábados y domingos de abril a septiembre. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite sfhp.org/careplus-members.

(Telecommunications Relay Service). Si cree que ha sido discriminado y desea presentar una queja por discriminación, comuníquese con el Coordinador de Derechos Civiles de SFHP Care Plus:

- Por teléfono: Comuníquese con el Coordinador de Derechos Civiles de SFHP de 8:30 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, llamando al 1(833) 530-7327. O, si no puede escuchar o hablar bien, llame al TTY 711 o use el California Relay Service.
- Por correo postal: Llene un formulario de queja o escriba una carta y envíela a:

SFHP Care Plus Civil Rights Coordinator
San Francisco Health Plan
Civil Rights Grievance Coordinator
P.O. Box 194247 San Francisco, CA 94119-4247
- En persona: Acuda al consultorio médico o al centro de servicio de SFHP Care Plus en 550 Kearny Street, Lower Level, San Francisco, CA 94108, y diga que desea presentar una queja.
- En línea: Visite el sitio web de SFHP en sfhp.org/grievance.

Si su queja es sobre discriminación en el programa Medi-Cal, también puede presentar una queja ante el Department of Health Care Services, Office of Civil Rights, por teléfono, por escrito o electrónicamente:

- Por teléfono: Llame al 916-440-7370. Si no puede hablar o escuchar bien, llame al 711 (Telecommunications Relay Service).
- Por escrito: Llene un formulario de queja o envíe una carta a:

Deputy Director, Office of Civil Rights
Department of Health Care Services
Office of Civil Rights
P.O. Box 997413, MS 0009
Sacramento, CA 95899-7413

Los formularios de quejas están disponibles en
www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx.

- Por vía electrónica: Envíe un correo electrónico a CivilRights@dhcs.ca.gov.



Si tiene preguntas, llame a SFHP Care Plus al 1(833) 530-7327 (TTY: 711).

Estamos disponibles de 8:00am a 8:00pm, los siete días de la semana de octubre a marzo; cerrados los sábados y domingos de abril a septiembre. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite sfhp.org/careplus-members.

Si tiene una discapacidad y necesita ayuda para acceder a los servicios de atención médica o a un proveedor, llame al Servicio al Cliente de SFHP Care Plus. Si tiene una queja, como un problema con el acceso para sillas de ruedas, Servicio al Cliente de SFHP Care Plus puede ayudarlo.

D. Aviso sobre Medicare como pagador secundario y Medi-Cal como pagador de último recurso

A veces, otra persona debe pagar primero por los servicios que le brindamos. Por ejemplo, si usted tiene un accidente automovilístico o si se lesiona en el trabajo, el seguro o la compensación de trabajadores tiene que pagar primero.

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar los servicios cubiertos de Medicare para los cuales Medicare no es el primer pagador.

Cumplimos con las leyes y regulaciones federales y estatales relacionadas con la responsabilidad legal de terceros por los servicios de atención médica a los miembros. Tomaremos todas las acciones razonables para garantizar que el programa Medi-Cal sea el pagador de último recurso.

Los miembros de Medi-Cal deben utilizar todas las demás coberturas de salud (OHC) antes de Medi-Cal cuando el mismo servicio esté disponible bajo su cobertura de salud, ya que Medi-Cal es el pagador de último recurso. Esto significa que, en la mayoría de los casos, Medi-Cal será el pagador secundario del OHC de Medicare, cubriendo los costos permitidos no pagados por nuestro plan u otro OHC hasta la tarifa de Medi-Cal.

E. Aviso sobre la recuperación del patrimonio de Medi-Cal

El programa Medi-Cal debe solicitar el reembolso de los patrimonios testamentarios de ciertos miembros fallecidos por los beneficios de Medi-Cal recibidos al cumplir 55 años o después. El reembolso incluye pagos por servicios bajo el programa de Pago por servicio y primas/capitación de planes de atención administrada por servicios en centros de enfermería, servicios en el hogar y en la comunidad, así como los servicios hospitalarios y medicamentos recetados relacionados que se hayan recibido mientras el miembro estaba internado en un centro de enfermería o recibía servicios en el hogar y en la comunidad. El monto del reembolso no puede exceder el valor del patrimonio testamentario del miembro.

Para obtener más información, visite el sitio web de recuperación de patrimonio del Department of Health Care Services en www.dhcs.ca.gov/er o llame al 916-650-0590.



Si tiene preguntas, llame a SFHP Care Plus al 1(833) 530-7327 (TTY: 711).

Estamos disponibles de 8:00am a 8:00pm, los siete días de la semana de octubre a marzo; cerrados los sábados y domingos de abril a septiembre. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite sfhp.org/careplus-members.

Capítulo 12: Definiciones de palabras importantes

Introducción

Este capítulo incluye los términos clave utilizados en este *Manual del miembro* con sus definiciones. Los términos se enumeran en orden alfabético. Si no puede encontrar un término que está buscando o si necesita más información de la que incluye una definición, comuníquese con Servicio al Cliente de SFHP Care Plus.



Si tiene preguntas, llame a SFHP Care Plus al 1(833) 530-7327 (TTY: 711).

Estamos disponibles de 8:00am a 8:00pm, los siete días de la semana de octubre a marzo; cerrados los sábados y domingos de abril a septiembre. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite sfhp.org/careplus-members.

Actividades de la vida diaria (AVD): Las cosas que las personas hacen en un día normal, como comer, usar el baño, vestirse, bañarse o cepillarse los dientes.

Administrador de atención: Una persona principal que trabaja con usted, con el plan de salud y con sus proveedores de atención para asegurarse de que reciba la atención que necesita.

Afiliado a Medicare-Medi-Cal: Una persona que califica para la cobertura de Medicare y Medicaid. Un afiliado a Medicare-Medicaid también se denomina “individuo con doble elegibilidad”.

AIDS drug assistance program (ADAP): Un programa que ayuda a las personas elegibles que viven con HIV/AIDS a tener acceso a medicamentos contra el HIV que salvan vidas.

Apelación: Una forma de desafiar nuestra acción si cree que cometimos un error. Puede pedirnos que cambiemos una decisión de cobertura presentando una apelación. El **Capítulo 9** de este *Manual del miembro* explica las apelaciones, incluida la forma de presentar una apelación.

Área de servicio: Un área geográfica donde un plan de salud acepta miembros si limita la membresía según el lugar donde viven las personas. Para los planes que limitan los médicos y hospitales que puede usar, generalmente es el área donde puede obtener servicios de rutina (que no son de emergencia).- Solo las personas que viven en nuestra área de servicio pueden inscribirse en nuestro plan.

Asistente de salud en el hogar: Una persona que brinda servicios que no necesitan las habilidades de un enfermero o terapeuta con licencia, como ayuda con el cuidado personal (como bañarse, usar el baño, vestirse o realizar los ejercicios prescritos). Los asistentes de salud en el hogar no tienen una licencia de enfermería ni brindan terapia.

Atención de emergencia: Servicios cubiertos proporcionados por un proveedor capacitado para brindar servicios de emergencia y necesarios para tratar una emergencia médica o de salud conductual.

Atención en un centro de enfermería especializada (SNF): Atención de enfermería especializada y servicios de rehabilitación proporcionados de forma continua y diaria en un centro de enfermería especializada. Los ejemplos de atención en un centro de enfermería especializada incluyen fisioterapia o inyecciones intravenosas (IV) que un enfermero registrado o un médico pueden administrar.

Atención necesaria de urgencia: Atención que recibe para una enfermedad, lesión o afección imprevista que no es una emergencia pero que necesita atención de inmediato. Puede obtener atención urgente de proveedores fuera de la red cuando no puede comunicarse con ellos porque, dado su tiempo, lugar o circunstancias, no es posible o no es razonable obtener servicios de proveedores



Si tiene preguntas, llame a SFHP Care Plus al 1(833) 530-7327 (TTY: 711).

Estamos disponibles de 8:00am a 8:00pm, los siete días de la semana de octubre a marzo; cerrados los sábados y domingos de abril a septiembre. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite sfhp.org/careplus-members.

de la red (por ejemplo, cuando se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan y necesita servicios inmediatos médicamente necesarios para una afección invisible, pero no es una emergencia médica).

Audiencia estatal: Si su médico u otro proveedor solicita un servicio de Medi-Cal que no aprobaremos, o no continuaremos pagando por un servicio de Medi-Cal que ya tiene, puede solicitar una Audiencia estatal. Si la audiencia estatal se decide a su favor, debemos brindarle el servicio que solicitó.

Autorización previa (PA): Una aprobación que debe obtener de nosotros antes de poder obtener un servicio o medicamento específico o usar un proveedor fuera de la red. Es posible que nuestro plan no cubra el servicio o el medicamento si no obtiene la aprobación primero.

Nuestro plan cubre algunos servicios médicos de la red solo si su médico u otro proveedor de la red recibe PA de nosotros.

- Los servicios cubiertos que necesitan el PA de nuestro plan están marcados en el **Capítulo 4** de este *Manual del miembro*.

Nuestro plan cubre algunos medicamentos solo si recibe PA de nosotros.

- Los medicamentos cubiertos que necesitan la autorización previa de nuestro plan están marcados en la *Lista de medicamentos cubiertos* y las reglas se publican en nuestro sitio web.

Biosimilar intercambiable: Un biosimilar que puede ser sustituido en la farmacia sin necesidad de una nueva receta porque cumple con requisitos adicionales sobre el potencial de sustitución automática. La sustitución automática en la farmacia está sujeta a la ley estatal.

Biosimilar: Un medicamento biológico que es muy similar, pero no idéntico, al producto biológico original. Los biosimilares son tan seguros y efectivos como el producto biológico original. Algunos biosimilares pueden sustituir el producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta. (Vaya a “Biosimilar intercambiable”).

Cancelación de la inscripción: El proceso de finalizar su membresía en nuestro plan. La cancelación de la inscripción puede ser voluntaria (su propia elección) o involuntaria (no su propia elección).

Capacitación en competencia cultural: Es una capacitación adicional para nuestros proveedores de atención médica que les ayuda a comprender mejor sus antecedentes, valores y creencias para adaptar los servicios a sus necesidades sociales, culturales y lingüísticas.



Si tiene preguntas, llame a SFHP Care Plus al 1(833) 530-7327 (TTY: 711).

Estamos disponibles de 8:00am a 8:00pm, los siete días de la semana de octubre a marzo; cerrados los sábados y domingos de abril a septiembre. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite sfhp.org/careplus-members.

Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS): La agencia federal a cargo de Medicare. El **Capítulo 2** de este *Manual del miembro* explica cómo comunicarse con los CMS.

Centro de cuidados paliativos (hospicio): Un programa de atención y apoyo para ayudar a las personas que tienen un pronóstico terminal a vivir cómodamente. Un pronóstico terminal significa que una persona ha sido certificada médicamente como enferma terminal, lo que significa que tiene una esperanza de vida de seis meses o menos.

- Un afiliado que tiene un pronóstico terminal tiene derecho a elegir un hospicio.
- Un equipo especialmente capacitado de profesionales y cuidadores brinda atención a la persona en su totalidad, incluidas las necesidades físicas, emocionales, sociales y espirituales.
- Estamos obligados a darle una lista de proveedores de centro de cuidados paliativos en su área geográfica.

Centro de enfermería especializada (SNF): Un centro de enfermería con el personal y el equipo para brindar atención de enfermería especializada y, en la mayoría de los casos, servicios de rehabilitación especializada y otros servicios de salud relacionados.

Centro quirúrgico ambulatorio: Un centro que brinda cirugía ambulatoria a pacientes que no necesitan atención hospitalaria y que no se espera que necesiten más de 24 horas de atención.

Comprehensive outpatient rehabilitation facility (CORF): Un centro que brinda principalmente servicios de rehabilitación después de una enfermedad, accidente u operación importante. Brinda una variedad de servicios, que incluyen fisioterapia, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional, terapia del habla y servicios de evaluación del entorno del hogar.

D-SNP integrado: Plan de necesidades especiales para personas con doble elegibilidad que cubre los servicios de Medicare y la mayoría o la totalidad de los servicios de Medicaid bajo un solo plan de salud o planes de salud afiliados, para determinados grupos de personas elegibles tanto para Medicare como para Medicaid. Estas personas se conocen como personas con doble elegibilidad de beneficio completo.

Decisión de cobertura: Una decisión sobre qué beneficios cubrimos. Esto incluye decisiones sobre medicamentos y servicios cubiertos o la cantidad que pagamos por sus servicios de salud. El **Capítulo 9** de este *Manual del miembro* explica cómo solicitarnos una decisión de cobertura.

Department of Health Care Services (DHCS): El departamento estatal de California que administra el Programa Medicaid (conocido como Medi-Cal).



Si tiene preguntas, llame a SFHP Care Plus al 1(833) 530-7327 (TTY: 711).

Estamos disponibles de 8:00am a 8:00pm, los siete días de la semana de octubre a marzo; cerrados los sábados y domingos de abril a septiembre. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite sfhp.org/careplus-members.

Department of Managed Health Care (DMHC): El departamento estatal de California responsable de regular la mayoría de los planes de salud. El DMHC ayuda a las personas con apelaciones y quejas sobre los servicios de Medi-Cal. El DMHC también realiza revisiones médicas independientes (IMR).

Derivación: Una derivación es la aprobación de su proveedor de atención primaria (PCP) o nuestra aprobación para usar un proveedor que no sea su PCP. Si no obtiene la aprobación primero, es posible que no cubramos los servicios. No necesita una derivación para usar ciertos especialistas, como los especialistas en salud de la mujer. Puede encontrar más información sobre las derivaciones en los **Capítulos 3 y 4** de este *Manual del miembro*.

Determinación de la organización: Nuestro plan determina una organización cuando nosotros, o uno de nuestros proveedores, decidimos si los servicios están cubiertos o cuánto paga usted por los servicios cubiertos. Las determinaciones de la organización se denominan “decisiones de cobertura”. El **Capítulo 9** de este *Manual del miembro* explica las decisiones de cobertura.

Emergencia: Una emergencia médica cuando usted, o cualquier otra persona con un conocimiento promedio de salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que necesitan atención médica inmediata para evitar la muerte, la pérdida de una parte del cuerpo o la pérdida o el deterioro grave de una función corporal (y si es una mujer embarazada, la pérdida de un feto). Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor intenso o una afección médica que empeora rápidamente.

Equipo de atención interdisciplinario (ICT o equipo de atención): Un equipo de atención puede incluir a sus médicos, enfermeros, consejeros u otros profesionales de la salud que están allí para ayudarlo a obtener la atención que necesita. Su equipo de atención también le ayuda a elaborar un plan de atención para usted.

Equipo de atención: Consulte “Equipo interdisciplinario de atención”.

Equipo médico duradero (DME): Ciertos artículos que su médico ordena para usar en su propia casa. Algunos ejemplos incluyen sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchón eléctrico, suministros para diabéticos, camas de hospital ordenadas por un proveedor para uso en el hogar, bombas de infusión intravenosa, dispositivos de generación del habla, equipo y suministros de oxígeno, nebulizadores y andadores.

Especialista: Un médico que trata determinados tipos de problemas médicos. Por ejemplo, un cirujano ortopédico trata los huesos rotos, un alergólogo trata las alergias y un cardiólogo trata los problemas del corazón. En la mayoría de los casos, un miembro necesitará una derivación de su PCP para consultar a un especialista.

Evaluación de riesgos de salud (HRA): Una revisión de su historial médico y condición actual. Se utiliza para aprender sobre su salud y cómo podría cambiar en el futuro.



Si tiene preguntas, llame a SFHP Care Plus al 1(833) 530-7327 (TTY: 711).

Estamos disponibles de 8:00am a 8:00pm, los siete días de la semana de octubre a marzo; cerrados los sábados y domingos de abril a septiembre. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite sfhp.org/careplus-members.

Excepción: Permiso para obtener cobertura para un medicamento que normalmente no está cubierto o para usar el medicamento sin ciertas reglas y limitaciones.

Extra Help: Programa de Medicare que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a reducir los costos de los medicamentos de Medicare Part D, como primas, deducibles y copagos. Extra Help también se denomina “Subsidio por bajos ingresos” o “LIS”.

Facturación de saldo: Práctica mediante la cual un proveedor le factura al paciente la diferencia entre el monto total que el proveedor factura y el monto que paga el plan de salud del paciente.

Facturación inadecuada/inapropiada: Una situación en la que un proveedor (como un médico u hospital) le factura más que el monto de nuestro costo compartido por los servicios. Llame a Servicio al Cliente de SFHP Care Plus si recibe alguna factura que no comprende.

Debido a que nosotros pagamos el costo total por sus servicios, usted **no** debe ningún costo compartido. Los proveedores no deben facturarle nada por estos servicios.

Farmacia de la red: Una farmacia (droguería) que acordó surtir recetas para los miembros de nuestro plan. Las llamamos “farmacias de la red” porque aceptaron trabajar con nuestro plan. En la mayoría de los casos, cubrimos sus recetas solo cuando se surten en una de las farmacias de nuestra red.

Farmacia especializada: Consulte el **Capítulo 5** de este *Manual del miembro* para obtener más información sobre las farmacias especializadas.

Farmacia fuera de la red: Una farmacia que no ha aceptado trabajar con nuestro plan para coordinar o proporcionar medicamentos cubiertos a los miembros de nuestro plan. Nuestro plan no cubre la mayoría de los medicamentos que obtiene de farmacias fuera de la red a menos que se apliquen ciertas condiciones.

Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP): Un programa que proporciona información y asesoramiento gratuitos y objetivos sobre Medicare. El **Capítulo 2** de este *Manual del miembro* explica cómo comunicarse con el HICAP.

Herramienta de beneficios en tiempo real: Un portal o aplicación informática en la que los afiliados pueden buscar información completa, precisa, oportuna, clínicamente apropiada y específica para los afiliados sobre medicamentos cubiertos y beneficios. Esto incluye montos de costos compartidos, medicamentos alternativos que pueden usarse para la misma condición de salud que un medicamento determinado y restricciones de cobertura (autorización previa, terapia escalonada, límites de cantidad) que se aplican a medicamentos alternativos.



Si tiene preguntas, llame a SFHP Care Plus al 1(833) 530-7327 (TTY: 711).

Estamos disponibles de 8:00am a 8:00pm, los siete días de la semana de octubre a marzo; cerrados los sábados y domingos de abril a septiembre. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite sfhp.org/careplus-members.

Hogar o centro de ancianos: Un centro que brinda atención a personas que no pueden recibir atención en el hogar pero que no necesitan estar en el hospital.

Información de salud personal (también llamada información de salud protegida) (PHI): Información sobre usted y su salud, como su nombre, dirección, número de seguro social, visitas al médico e historial médico. Consulte nuestro Aviso de prácticas de privacidad para obtener más información sobre cómo protegemos, usamos y divulgamos su PHI, así como sus derechos con respecto a su PHI.

Juez de derecho administrativo: Un juez de derecho administrativo (ALJ) es un juez que escucha y decide casos que involucran a agencias gubernamentales. Un juez que revisa una apelación de Nivel 3.

Límites de cantidad: Un límite en la cantidad de un medicamento que puede tomar. Podemos limitar la cantidad del medicamento que cubrimos por receta.

Lista de medicamentos cubiertos (Lista de medicamentos): Una lista de medicamentos recetados y de venta libre (OTC) que cubrimos. Elegimos los medicamentos de esta lista con la ayuda de médicos y farmacéuticos. La *Lista de medicamentos* le indica si hay alguna regla que deba seguir para obtener sus medicamentos. La *Lista de medicamentos* a veces se denomina “Formulario”.

Manejo de Terapia de Medicamentos (MTM): Un programa de Medicare Part D para necesidades de salud complejas que se brinda a personas que cumplen con ciertos requisitos o están en un Programa de Manejo de Me. Los servicios de MTM generalmente incluyen una conversación con un farmacéutico o proveedor de atención médica para revisar los medicamentos. Para obtener más información, consulte el **Capítulo 5** del *Manual del miembro*.

Manual del miembro e Información de divulgación: Este documento, junto con su formulario de inscripción y cualquier otro archivo adjunto o cláusula adicional, que explique su cobertura, lo que debemos hacer, sus derechos y lo que debe hacer como miembro de nuestro plan.

Medi-Cal: Es el nombre del programa Medicaid de California. Medi-Cal es administrado por el estado y es pagado por el estado y el gobierno federal.

- Ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los servicios y apoyos a largo plazo y los costos médicos.
- Cubre servicios adicionales y algunos medicamentos no cubiertos por Medicare.
- Los programas de Medicaid varían de un estado a otro, pero la mayoría de los costos de atención médica están cubiertos si califica tanto para Medicare como para Medi-Cal.

Medicaid (o Medical Assistance): Un programa administrado por el gobierno federal y el estado que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a



Si tiene preguntas, llame a SFHP Care Plus al 1(833) 530-7327 (TTY: 711).

Estamos disponibles de 8:00am a 8:00pm, los siete días de la semana de octubre a marzo; cerrados los sábados y domingos de abril a septiembre. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite sfhp.org/careplus-members.

pagar los servicios y apoyos a largo plazo y los costos médicos. Medi-Cal es el programa Medicaid del estado de California.

Médicamente necesario: Esto describe los servicios, suministros o medicamentos que necesita para prevenir, diagnosticar o tratar una afección médica o para mantener su estado de salud actual. Esto incluye atención que evita que ingrese a un hospital o centro de enfermería. También significa que los servicios, suministros o medicamentos cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica.

Medicamento de marca: Un medicamento fabricado y vendido por la compañía que originalmente fabricó el medicamento. Los medicamentos de marca tienen los mismos ingredientes que las versiones genéricas de los medicamentos. Los medicamentos genéricos generalmente son fabricados y vendidos por otras compañías farmacéuticas y, por lo general, no están disponibles hasta que finaliza la patente del medicamento de marca.

Medicamento genérico: Un medicamento aprobado por la FDA para usar en lugar de un medicamento de marca. Un medicamento genérico es igual a un medicamento de marca. Por lo general, es más barato y funciona tan bien como el medicamento de marca.

Medicamentos cubiertos: El término que usamos para referirnos a todos los medicamentos recetados y de venta libre (OTC) cubiertos por nuestro plan.

Medicamentos de la Part D: Consulte “Medicamentos de Medicare Part D”.

Medicamentos de Medicare Part D: Medicamentos cubiertos por Medicare Part D. El Congreso excluye específicamente ciertas categorías de medicamentos de la cobertura de Medicare Part D. Medicaid puede cubrir algunos de estos medicamentos.

Medicamentos de venta libre (OTC): Los medicamentos de venta libre son medicamentos o medicamentos que una persona puede comprar sin receta de un profesional de la salud.

Medicare Advantage: Un programa de Medicare, también conocido como “Medicare Part C” o “MA”, que ofrece planes MA a través de compañías privadas. Medicare paga a estas compañías para cubrir sus beneficios de Medicare.

Medicare Appeals Council (Consejo): Un consejo que revisa una apelación de Nivel 4. El Consejo es parte del gobierno federal.

Medicare Part A: El programa de Medicare que cubre la mayoría de la atención hospitalaria, en centros de enfermería especializada, atención médica domiciliaria y de centro de cuidados paliativos médicamente necesarios.



Si tiene preguntas, llame a SFHP Care Plus al 1(833) 530-7327 (TTY: 711).

Estamos disponibles de 8:00am a 8:00pm, los siete días de la semana de octubre a marzo; cerrados los sábados y domingos de abril a septiembre. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite sfhp.org/careplus-members.

Medicare Part B: El programa de Medicare que cubre servicios (como pruebas de laboratorio, cirugías y visitas al médico) y suministros (como sillas de ruedas y andadores) que son médicamente necesarios para tratar una enfermedad o afección. Medicare Part B también cubre muchos servicios preventivos y de detección.

Medicare Part C: El programa de Medicare, también conocido como “Medicare Advantage” o “MA”, que permite a las compañías de seguros de salud privadas proporcionar beneficios de Medicare a través de un Plan MA.

Medicare Part D: El programa de beneficios de medicamentos de Medicare. Llamamos a este programa “Part D” para abreviar. Medicare Part D cubre medicamentos para pacientes ambulatorios, vacunas y algunos suministros no cubiertos por Medicare Part A o Medicare Part B o Medicaid. Nuestro plan incluye Medicare Part D.

Medicare: El programa federal de seguro de salud para personas de 65 años o más, algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades y personas con enfermedad renal en etapa terminal (generalmente aquellas con insuficiencia renal permanente que necesitan diálisis o un trasplante de riñón). Las personas con Medicare pueden obtener su cobertura de salud de Medicare a través de Original Medicare o un plan de atención administrada (consulte “Plan de salud”).

Miembro (miembro de nuestro plan o miembro del plan): Una persona con Medicare y Medi-Cal que califica para recibir servicios cubiertos, que se ha inscrito en nuestro plan y cuya inscripción ha sido confirmada por los Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) y el estado.

Niveles de medicamentos: Grupos de medicamentos en su *Lista de medicamentos*. Los medicamentos genéricos, de marca o de venta libre (OTC) son ejemplos de niveles de medicamentos. Cada medicamento en la *Lista de medicamentos* está en uno de los seis niveles.

Nuestro plan cubre algunos medicamentos solo si recibe PA de nosotros.

Nuestro plan cubre algunos servicios médicos de la red solo si su médico u otro proveedor de la red recibe PA de nosotros.

Ombudsman: Una oficina en su estado que trabaja como defensor en su nombre. Pueden responder preguntas si tiene un problema o queja y pueden ayudarlo a comprender qué hacer. Los servicios del Ombudsman son gratuitos. Puede encontrar más información en los **Capítulos 2 y 9** de este *Manual del miembro*.

Organización de Mejoramiento de la Calidad (QIO): Un grupo de médicos y otros expertos en atención médica que ayudan a mejorar la calidad de la atención para las personas con Medicare. El gobierno federal paga a la QIO para verificar y mejorar la atención brindada a los pacientes. Consulte el **Capítulo 2** de este *Manual del miembro* para obtener información sobre la QIO.



Si tiene preguntas, llame a SFHP Care Plus al 1(833) 530-7327 (TTY: 711).

Estamos disponibles de 8:00am a 8:00pm, los siete días de la semana de octubre a marzo; cerrados los sábados y domingos de abril a septiembre. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite sfhp.org/careplus-members.

Organización de revisión independiente (IRO): Una organización independiente contratada por Medicare que revisa una apelación de nivel 2. No está conectada con nosotros y no es una agencia gubernamental. Esta organización decide si la decisión que tomamos es correcta o si debe cambiarse. Medicare supervisa su trabajo. El nombre formal es **Entidad de revisión independiente**.

Original Medicare (Medicare tradicional o Medicare de Pago por servicio): El gobierno ofrece Original Medicare. Bajo Original Medicare, los servicios están cubiertos por el pago a médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica de los montos que determina el Congreso.

- Puede usar cualquier médico, hospital u otro proveedor de atención médica que acepte Medicare. Original Medicare tiene dos partes: Medicare Part A (seguro hospitalario) y Medicare Part B (seguro médico).
- Original Medicare está disponible en todas partes de los Estados Unidos.
- Si no desea estar en nuestro plan, puede elegir Original Medicare.

Paciente hospitalizado: Un término que se usa cuando ingresa formalmente al hospital para recibir servicios médicos especializados. Si no es admitido formalmente, aún puede ser considerado un paciente ambulatorio en lugar de un paciente hospitalizado, incluso si pasa la noche.

Part A: Consulte “Medicare Part A”.

Part B: Consulte “Medicare Part B”.

Part C: Consulte “Medicare Part C”.

Part D: Consulte “Medicare Part D”.

Plan de atención individualizado (ICP o plan de atención): Un plan sobre qué servicios obtendrá y cómo los obtendrá. Su plan puede incluir servicios médicos, servicios de salud conductual y servicios y apoyos a largo plazo.

Plan de atención: Consulte “Plan de atención individualizado”.

Plan de necesidades especiales con doble elegibilidad (D-SNP): Plan de salud que atiende a personas que son elegibles tanto para Medicare como para Medicaid. Nuestro plan es un D-SNP.

Plan de salud: Una organización compuesta por médicos, hospitales, farmacias, proveedores de servicios a largo plazo y otros proveedores. También cuenta con administradores de atención para ayudarle a administrar todos sus proveedores y servicios. Todos ellos trabajan en conjunto para brindarle la atención que necesita.

Plan Medi-Medi: Un Plan Medi-Medi es un tipo de plan Medicare Advantage. Es para personas que tienen Medicare y Medi-Cal, y combina los beneficios de



Si tiene preguntas, llame a SFHP Care Plus al 1(833) 530-7327 (TTY: 711).

Estamos disponibles de 8:00am a 8:00pm, los siete días de la semana de octubre a marzo; cerrados los sábados y domingos de abril a septiembre. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite sfhp.org/careplus-members.

Medicare y Medi-Cal en un solo plan. Los planes Medi-Medi coordinan todos los beneficios y servicios en ambos programas, incluidos todos los servicios cubiertos por Medicare y Medi-Cal.

Planes de Medi-Cal: Planes que cubren solo los beneficios de Medi-Cal, como servicios y apoyos a largo plazo, equipo médico y transporte. Los beneficios de Medicare son separados.

Producto biológico original: Un producto biológico que ha sido aprobado por la FDA y sirve de comparación para los fabricantes que fabrican una versión biosimilar. También se le llama producto de referencia.

Producto biológico: Medicamento que se elabora a partir de fuentes naturales y vivas, como células animales, células vegetales, bacterias o levaduras. Los productos biológicos son más complejos que otros medicamentos y no se pueden copiar exactamente, por lo que las formas alternativas se denominan biosimilares. (Vea también “Producto biológico original” y “Biosimilar”).

Program of All-Inclusive Care for the Elderly (PACE): Un programa que cubre los beneficios de Medicare y Medicaid juntos para personas de 55 años o más que necesitan un mayor nivel de atención para vivir en casa.

Programa de administración de medicamentos (DMP): Un programa que ayuda a garantizar que los miembros usen de manera segura los opioides recetados y otros medicamentos de los que se abusa con frecuencia.

Programa de pedidos por correo: Algunos planes pueden ofrecer un programa de pedido por correo que le permite obtener un suministro de hasta tres meses de sus medicamentos recetados cubiertos enviados directamente a su hogar. Esta puede ser una forma rentable y conveniente de surtir las recetas que toma regularmente.

Programa de Prevención de la Diabetes de Medicare (MDPP): Un programa estructurado de cambio de comportamiento de salud que brinda capacitación en cambios dietéticos a largo plazo, aumento de la actividad física y estrategias para superar los desafíos para mantener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable.

Prótesis y órtesis: Dispositivos médicos ordenados por su médico u otro proveedor de atención médica que incluyen, entre otros, aparatos ortopédicos para brazos, espalda y cuello; extremidades artificiales; ojos artificiales; y dispositivos necesarios para reemplazar una parte o función interna del cuerpo, incluidos suministros de ostomía y terapia de nutrición enteral y parenteral.

Proveedor de atención primaria (PCP): El médico u otro proveedor que usa primero para la mayoría de los problemas de salud. Se aseguran de que reciba la atención que necesita para mantenerse saludable.



Si tiene preguntas, llame a SFHP Care Plus al 1(833) 530-7327 (TTY: 711).

Estamos disponibles de 8:00am a 8:00pm, los siete días de la semana de octubre a marzo; cerrados los sábados y domingos de abril a septiembre. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite sfhp.org/careplus-members.

- También pueden hablar con otros médicos y proveedores de atención médica sobre su atención y derivarlo a ellos.
- En muchos planes de salud de Medicare, debe usar a su proveedor de atención primaria antes de usar cualquier otro proveedor de atención médica.
- Consulte el **Capítulo 3** de este *Manual del miembro* para obtener información sobre cómo recibir atención de proveedores de atención primaria.

Proveedor de la red: “Proveedor” es el término general que usamos para los médicos, enfermeras y otras personas que le brindan servicios y atención. El término también incluye hospitales, agencias de salud en el hogar, clínicas y otros lugares que le brindan servicios de atención médica, equipos médicos y servicios y apoyos a largo plazo.

- Están autorizados o certificados por Medicare y por el estado para brindar servicios de atención médica.
- Los llamamos “proveedores de la red” cuando aceptan trabajar con nuestro plan de salud, aceptan nuestro pago y no cobran a los miembros un monto adicional.
- Mientras sea miembro de nuestro plan, debe usar proveedores de la red para obtener servicios cubiertos. Los proveedores de la red también se denominan “proveedores de planes”.

Proveedor fuera de la red o centro fuera de la red: Un proveedor o centro que no es empleado, propiedad u operado por nuestro plan y no está bajo contrato para brindar servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. El **Capítulo 3** de este *Manual del miembro* explica los proveedores o instalaciones fuera de la red.

Proveedores: Los proveedores son médicos, enfermeros y otras personas que le brindan servicios y atención y están autorizados por el estado. Los proveedores también incluyen hospitales, agencias de salud en el hogar, clínicas y otros lugares que le brindan servicios de atención médica, servicios de salud conductual, equipos médicos y ciertos LTSS.

Queja: Una declaración escrita u oral indicando que tiene un problema o inquietud sobre sus servicios o atención cubiertos. Esto incluye cualquier inquietud sobre la calidad del servicio, la calidad de su atención, nuestros proveedores de la red o nuestras farmacias de la red. El nombre formal para “hacer una queja” es “presentar una reclamación”.

Reclamación: Una queja que presente sobre nosotros o uno de nuestros proveedores o farmacias de la red. Esto incluye una queja sobre la calidad de su atención o la calidad del servicio proporcionado por su plan de salud.

Revisión médica independiente (IMR): Si denegamos su solicitud de servicios o tratamiento médico, puede presentar una apelación. Si no está de acuerdo con



Si tiene preguntas, llame a SFHP Care Plus al 1(833) 530-7327 (TTY: 711).

Estamos disponibles de 8:00am a 8:00pm, los siete días de la semana de octubre a marzo; cerrados los sábados y domingos de abril a septiembre. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite sfhp.org/careplus-members.

nuestra decisión y su problema es sobre un servicio de Medi-Cal, incluidos los suministros y medicamentos de DME, puede solicitar al California Department of Managed Health Care una IMR. Una IMR es una revisión de su caso por parte de expertos que no forman parte de nuestro plan. Si la decisión de IMR es a su favor, debemos brindarle el servicio o tratamiento que solicitó. No paga costos por una IMR.

Salud conductual: Se refiere a nuestro bienestar emocional, psicológico y social. En términos más simples: se trata de cómo pensamos, sentimos e interactuamos con los demás. Es un término que incluye todo lo que se refiere a los servicios de salud mental y trastornos por consumo de sustancias.

Servicio al Cliente: Un departamento de nuestro plan responsable de responder sus preguntas sobre membresía, beneficios, quejas y apelaciones. Consulte el **Capítulo 2** de este *Manual del miembro* para obtener más información sobre la asistencia de Servicio al Cliente.

Servicios comunitarios para adultos (CBAS): Programa de servicios ambulatorios en centros que brinda atención de enfermería especializada, servicios sociales, terapias ocupacionales y del habla, cuidado personal, capacitación y apoyo para familiares/cuidadores, servicios de nutrición, transporte y otros servicios a los miembros elegibles que cumplen con los criterios de elegibilidad aplicables.

Servicios cubiertos por Medicare: Servicios cubiertos por Medicare Part A y Medicare Part B. Todos los planes de salud de Medicare, incluido nuestro plan, deben cubrir todos los servicios cubiertos por Medicare Part A y Medicare Part B.

Servicios cubiertos: El término general que usamos para referirnos a toda la atención médica, servicios y apoyos a largo plazo, suministros, medicamentos recetados y de venta libre, equipos y otros servicios que cubre nuestro plan.

Servicios de apoyo en el hogar (IHSS): El programa IHSS ayudará a pagar a los proveedores de atención médica inscritos por los servicios que se le brindaron para que pueda permanecer seguro en su propio hogar. El programa de IHSS es una alternativa a la atención fuera del hogar, como los asilos de ancianos o las residencias con servicios de cuidado y hospedaje. Para recibir servicios, se realiza una evaluación para determinar qué tipos de servicios pueden autorizarse para cada participante en función de sus necesidades. Los tipos de servicios que se pueden autorizar a través de IHSS son limpieza de la casa, preparación de comidas, lavandería, compras de comestibles, servicios de cuidado personal (como cuidado de intestinos y vejiga, baño, aseo y servicios paramédicos), acompañamiento a citas médicas y supervisión de protección para personas con discapacidad mental. Las agencias de servicios sociales del condado administran el programa IHSS.

Servicios de rehabilitación: Tratamiento que recibe para ayudarlo a recuperarse de una enfermedad, accidente u operación importante. Estos servicios incluyen atención



Si tiene preguntas, llame a SFHP Care Plus al 1(833) 530-7327 (TTY: 711).

Estamos disponibles de 8:00am a 8:00pm, los siete días de la semana de octubre a marzo; cerrados los sábados y domingos de abril a septiembre. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite sfhp.org/careplus-members.

de rehabilitación para pacientes hospitalizados, fisioterapia (ambulatoria), terapia del habla y del lenguaje, y terapia ocupacional. Consulte el **Capítulo 4** de este *Manual del miembro* para obtener más información sobre los servicios de rehabilitación.

Servicios delicados: Servicios relacionados con la salud mental o conductual, la salud sexual y reproductiva, la planificación familiar, las infecciones de transmisión sexual (STIs), el HIV/AIDS, las agresiones sexuales y los abortos, los trastornos por consumo de sustancias, la atención para la afirmación de género y la violencia de pareja.

Servicios excluidos: Servicios que no están cubiertos por este plan de salud.

Servicios preventivos: Atención médica para prevenir enfermedades o detectar enfermedades en una etapa temprana, cuando es probable que el tratamiento funcione mejor (por ejemplo, los servicios preventivos incluyen pruebas de Papanicolaou, vacunas contra la gripe y mamografías de detección).

Servicios y apoyos a largo plazo (LTSS): Los servicios y apoyos a largo plazo ayudan a mejorar una afección médica a largo plazo. La mayoría de estos servicios lo ayudan a permanecer en su hogar para que no tenga que ir a un centro de enfermería u hospital. Los LTSS cubiertos por nuestro plan incluyen Servicios comunitarios para adultos (CBAS), también conocidos como atención médica diurna para adultos, centros de enfermería (NF) y Apoyos comunitarios. Los programas de IHSS y de exención 1915(c) son LTSS de Medi-Cal proporcionados fuera de nuestro plan.

Subsidio por bajos ingresos (LIS): Consulte “Extra Help”

Supplemental Security Income (SSI): Un beneficio mensual que el Social Security paga a personas con ingresos y recursos limitados que están discapacitadas, ciegas o de 65 años o más. Los beneficios de SSI no son lo mismo que los beneficios del Social Security.

Terapia escalonada: Una regla de cobertura que requiere que pruebe otro medicamento antes de que cubramos el medicamento que solicita.

Declaración de Divulgación según la Ley de Reducción de Trámites (PRA)

De acuerdo con la Ley de Reducción de Trámites (Paperwork Reduction Act) de 1995, ninguna persona tiene obligación de responder a una solicitud de información a menos que esta cuente con un número de control válido de la OMB. El número de control de la Oficina de Gestión y Presupuesto (OMB) válido para esta recopilación de información es 0938-1444. Si tiene comentarios o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.



Si tiene preguntas, llame a SFHP Care Plus al 1(833) 530-7327 (TTY: 711).

Estamos disponibles de 8:00am a 8:00pm, los siete días de la semana de octubre a marzo; cerrados los sábados y domingos de abril a septiembre. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite sfhp.org/careplus-members.



Medicare + Medi-Cal, simplificado para usted.

sfhp.org/es/careplus-members

LLAME 1(833) 530-7327

Las llamadas a este número son gratuitas. Estamos disponibles de 8:00am a 8:00pm, los siete días de la semana de octubre a marzo; cerrados los sábados y domingos de abril a septiembre.

Servicio al Cliente también cuenta con servicios de interpretación de idiomas gratuitos para las personas que no hablan inglés.

TTY 711

Las llamadas a este número son gratuitas. Estamos disponibles de 8:00am–8:00pm, los siete días de la semana de octubre a marzo; cerrados los sábados y domingos de abril a septiembre.

ESCRIBA SFHP Care Plus, P.O. Box 194247, San Francisco, CA 94119

SITIO WEB **sfhp.org/es/careplus-members**

Síganos en las redes sociales



Facebook
[@sanfranciscohealthplan](https://www.facebook.com/sanfranciscohealthplan)



YouTube
[@sanfranciscohealthplan](https://www.youtube.com/sanfranciscohealthplan)



Instagram
[@sfhealthplan](https://www.instagram.com/sfhealthplan)



Threads
[@sfhealthplan](https://www.threads.net/sfhealthplan)