

Healthy Families

FORMULARIO COMBINADO DE
EVIDENCIA DE COBERTURA
Y AUTORIZACIÓN DE DIVULGACIÓN

2011-2012



Santa Clara
Family Health Plan

The Spirit of Care

Santa Clara Family Health Plan

FORMULARIO COMBINADO DE EVIDENCIA DE COBERTURA Y AUTORIZACIÓN DE DIVULGACIÓN PROGRAMA HEALTHY FAMILIES

Del 1 de octubre de 2011 al 30 de septiembre de 2012

Santa Clara Family Health Plan
210 East Hacienda Avenue
Campbell, CA 95008
1-800-260-2055
<http://www.scfhp.com>

Divulgación

Este Formulario combinado de evidencia de cobertura y autorización de divulgación es solo un resumen de las políticas y cobertura del Healthy Families Program (HFP) del Santa Clara Family Health Plan. Para determinar los términos y condiciones de cobertura exactos, se debe consultar el contrato del Santa Clara Family Health Plan y los reglamentos del HFP (Código de reglamentos de California, Título 10, Capítulo 5.8) emitidos por la California Managed Risk Medical Insurance Board (MRMIB). Puede consultar estos reglamentos en Internet en <http://www.mrmib.ca.gov>.

Además, los reglamentos del HFP requieren que el Santa Clara Family Health Plan cumpla con todos los requisitos de la Ley del Plan de Servicios de Atención Médica Knox-Keene de 1975, con sus enmiendas (Código de Salud y Seguridad de California, Sección 1340 y subsig.) y los reglamentos de la Ley (Código de Reglamentos de California, Título 28). Cualquier disposición de un beneficio del programa debe ser vinculante con la Ley o con las regulaciones de la Ley para el Santa Clara Family Health Plan, aunque no esté incluida en el folleto de Evidencia de la cobertura o en el contrato del Santa Clara Family Health Plan.

Consulte el contrato del Santa Clara Family Health Plan para conocer los términos y condiciones de cobertura exactos. El contrato del plan de salud del programa Healthy Families es el contrato entre el Santa Clara Family Health Plan y la State of California Managed Risk Medical Insurance Board (MRMIB), que se encuentra en el archivo y está disponible para su revisión a través del Programa Healthy Families.

Usted tiene derecho a leer esta combinación de Evidencia de la cobertura y Formulario de autorización de divulgación antes de decidir inscribirse en el Santa Clara Family Health Plan. Las personas con necesidades especiales de atención médica deben leer con especial atención las secciones que aplican para su caso. Si desea resolver sus preguntas por teléfono, llame al Departamento de Servicios a los miembros al **1-800-260-2055** o al número de teléfono de texto (TTY) al **1-800-735-2929**. También puede escribir a Santa Clara Family Health Plan, 210 East Hacienda Avenue, Campbell, CA 95008.

Elegibilidad e inscripción

La información acerca de la elegibilidad, la inscripción, la cancelación de la inscripción, la fecha de inicio de la cobertura, las transferencias a otro plan de salud, la recalificación anual, los pagos de primas, la Ley Federal de Transferencia de Seguros de Salud (HIPAA) de 1996 se incluye en el Manual del Programa Healthy Families que le fue enviado por correo. Si tiene preguntas acerca de estos temas o le gustaría obtener otra copia del manual, comuníquese al Programa Healthy Families a la siguiente dirección o llamando al número telefónico sin costo:

Programa Healthy Families
P.O. Box 138005
Sacramento, CA 95813-8005
1-800-880-5305

Puede encontrar información adicional acerca del Programa Healthy Families en el sitio web del Managed Risk Medical Insurance Board en www.mrmib.ca.gov

ÍNDICE

Introducción.....	1
Uso de este folleto	1
Acerca del plan de salud	1
Acerca del Santa Clara Family Health Plan.....	2
Servicios multilingües	2
Tarjeta de identificación de miembro.....	2
Definiciones.....	3
Derechos y responsabilidades del miembro.....	10
Acceso a la atención	12
Acceso físico	12
Acceso para personas con discapacidad auditiva	12
Acceso para personas con discapacidad visual	12
La Ley sobre Estadounidenses con Discapacidades de 1990.....	12
Reclamos por falta de acceso para personas discapacitadas	12
Acceso oportuno a los servicios de atención médica que no son de emergencia	13
Línea de asesoría de enfermeras.....	13
Uso del plan de salud.....	14
Ubicaciones de establecimientos y proveedores.....	14
Área de servicio.....	14
Selección de un proveedor de atención primaria.....	14
Programación de citas.....	15
Examen inicial de salud.....	15
Cambio de proveedor de atención primaria.....	16
Continuidad de la atención médica para los nuevos miembros.....	16
Continuidad de la atención por finalización de contrato del proveedor.....	17
Autorización previa de los servicios.....	18
Derivaciones a médicos especialistas	19
Derivaciones permanentes	19
Cómo obtener una segunda opinión.....	19
Revisión de uso	21
Recetas: cómo obtener medicamentos	21

<i>Servicios de farmacia</i>	21
<i>Formulario de medicamentos del SCFHP</i>	21
<i>Medicamentos recetados</i>	22
Suministro para vacaciones o por pérdida de los medicamentos.....	24
Cómo obtener atención de urgencia	24
Qué debe hacer si no está seguro de tener una emergencia.....	25
Atención posterior a la estabilización y de seguimiento después de una emergencia	26
Servicios no cubiertos.....	26
Copagos.....	26
Responsabilidades de los miembros	27
Matriz de beneficios cubiertos por el plan de salud.....	29
Descripción de beneficios	39
Servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados.....	39
Servicios hospitalarios ambulatorios	40
Servicios profesionales.....	40
Servicios de salud preventiva	41
Servicios de diagnóstico de rayos X y de laboratorio	42
Cuidado de la diabetes	43
Programa de medicamentos recetados	43
Equipo médico duradero.....	45
Ortótica y prótesis.....	46
Lentes y anteojos para cataratas.....	46
Atención por maternidad.....	47
Servicios de planificación familiar.....	47
Servicios de traslado médico.....	48
Servicios médicos de emergencia	48
Atención de salud mental (proporcionada por el SCFHP o sus contratistas)	49
Servicios de salud mental para pacientes hospitalizados.....	49
Trastorno emocional grave (SED)	49
Servicios de salud mental para pacientes ambulatorios.....	50
Trastorno emocional grave (SED)	50
Tratamiento por abuso de sustancias (proporcionado por el plan o sus contratistas).....	51
Tratamiento de pacientes hospitalizados por abuso de alcohol y drogas.....	51

Tratamiento de pacientes ambulatorios por abuso de alcohol y drogas.....	51
Servicios de Atención Domiciliaria.....	51
Atención de Enfermería Especializada.....	52
Terapia física, ocupacional y del habla.....	53
Servicios quiroprácticos.....	53
Sangre y productos sanguíneos.....	53
Educación en salud.....	53
Cuidados paliativos.....	53
Trasplantes de órganos.....	54
Cirugía reconstructiva.....	55
Fenilcetonuria (PKU).....	55
Ensayos Clínicos de Cáncer.....	56
Beneficios máximos anuales o vitalicios.....	57
Coordinación de servicios.....	58
California Children’s Services (CCS).....	58
Beneficios de salud mental del condado para niños con trastornos emocionales graves (SED).....	59
Beneficios excluidos.....	61
Proceso de reclamos y apelaciones.....	63
Reclamo.....	63
Proceso de revisión médica independiente.....	64
Revisión médica independiente de la denegación de terapias experimentales/en investigación.....	65
Revisión del Department of Managed Health Care.....	65
Arbitraje.....	66
Mediación voluntaria.....	66
Cancelación automática de la inscripción en el SCFHP.....	67
Información general.....	68
Otro seguro médico.....	68
Proceso de cobro a terceros y las responsabilidades del miembro.....	68
No duplicación de beneficios con compensación de trabajadores.....	68
Coordinación de beneficios.....	69
Limitaciones de la otra cobertura.....	69
Pago a los proveedores.....	69

Disposiciones de reembolso: Si recibe una factura	70
Participación pública.....	71
Aviso de cambios en el SCFHP.....	71
Prácticas de privacidad.....	71
Declaración de no discriminación	71
Leyes aplicables	72
Desastres naturales, interrupciones y otras limitaciones	72
Donación de órganos y tejidos	72
Santa Clara Family Health Plan Área de servicio.....	74

Introducción

Uso de este folleto

Este folleto, que se llama Formulario combinado de evidencia de cobertura y autorización de divulgación o “EOC”, contiene información detallada acerca de los beneficios del Programa Healthy Families, de cómo obtener los beneficios y de los derechos y responsabilidades de los miembros del Programa Healthy Families. Lea cuidadosamente este folleto y téngalo a la mano para usarlo en el futuro. Si tiene necesidades especiales de atención médica, preste especial atención a las partes que corresponden a su caso.

A través del folleto, los términos "usted", "su" y "miembro" se refieren al niño o a los niños inscritos en el Programa Healthy Families. “Nosotros,” y "nuestro" se refieren al Santa Clara Family Health Plan y su grupo de proveedores participantes. “Proveedor” o “proveedor participante” se refiere al médico autorizado, hospital, grupo médico, farmacia u otro proveedor de atención médica que sea responsable de proporcionarle servicios médicos.

Acerca del plan de salud

Bienvenido a Santa Clara Family Health Plan (SCFHP). Nos agrada que haya elegido al SCFHP y esperamos con gusto servirlo. Nuestra meta es que todos los miembros reciban atención médica de la más alta calidad. Es nuestro compromiso dedicarnos constantemente a cumplir ese objetivo.

El SCFHP es una organización pública local sin fines de lucro. creada por la Junta de Supervisores del Condado Santa Clara para satisfacer las necesidades de atención médica de las personas que viven en el Condado de Santa Clara. Nuestros proveedores de atención médica, que ayudaron a desarrollar el Plan, incluyen a cientos de médicos de la comunidad, grupos de proveedores, clínicas y hospitales en todo el condado.

Al inscribirse en el SCFHP como nuevo miembro, tendrá que elegir un proveedor de atención primaria (PCP) de nuestra red de proveedores participantes. Este médico será responsable de trabajar con usted y se encargará de todas sus necesidades de atención médica. Los médicos y otros profesionales de atención médica que se incluyen en nuestro directorio de clínicas médicas y servicios de atención médica cuentan con las calificaciones necesarias para proporcionar o coordinar su atención.

Este folleto, que se llama Formulario combinado de evidencia de cobertura y autorización de divulgación o EOC, contiene información detallada acerca de los beneficios del Programa Healthy Families, de cómo obtenerlos y de los derechos y responsabilidades de los miembros del Programa Healthy Families. Lea este folleto y téngalo a la mano para usarlo en el futuro.

Si por alguna razón tiene alguna pregunta, un problema o una inquietud acerca de los beneficios y servicios del SCFHP o de su membresía, llame a Servicios a los miembros

del SCFHP durante el horario de atención. Si llama fuera del horario, deje un mensaje y le devolveremos la llamada al siguiente día hábil.

Acerca del Santa Clara Family Health Plan

Santa Clara Family Health Plan ("SCFHP") es un plan de salud autorizado. Todos los servicios de atención médica son proporcionados por médicos, clínicas, hospitales y otros proveedores del SCFHP que han firmado un contrato con el SCFHP.

Cada miembro del SCFHP debe elegir a un médico como su proveedor de atención primaria o "PCP". Puede seleccionar una clínica como su proveedor de atención primaria ("PCP"). Puede elegir entre los cientos de médicos y clínicas que ofrecemos. El PCP que seleccione administrará su atención y será responsable de satisfacer la mayor parte de sus necesidades de atención médica, incluyendo la atención preventiva, como los exámenes de control y las vacunas. Cuando sea necesario, el PCP lo derivará a un médico especialista o, en caso de ser necesario, coordinará su hospitalización.

Por lo general, el PCP lo derivará solo a los especialistas, hospitales y demás proveedores de atención médica participantes, con los que su médico acostumbra trabajar. Antes de elegir un PCP, es muy importante que sepa cuáles son los especialistas y hospitales a los que este PCP lo enviará cuando sea necesario.

Cada miembro de su familia que esté inscrito en Healthy Families puede elegir un PCP diferente o pueden elegir al mismo PCP para todos. El nombre y el número de teléfono del PCP del miembro se encuentran en la tarjeta de identificación de miembro del SCFHP (tarjeta de identificación) que se emite para cada miembro.

Servicios multilingües

Si usted o su representante prefiere hablar en cualquier idioma que no sea inglés, llame a Servicios a los miembros del SCFHP y hable con un representante. Nuestro personal de Servicios a los miembros también puede ayudarle a encontrar un proveedor de atención médica que hable su idioma, o que disponga de un intérprete permanente como parte de su personal. No es necesario que recurra a los miembros de su familia o amigos como intérpretes. Si no encuentra un proveedor de atención médica que cumpla con sus necesidades de idioma, puede solicitar los servicios gratuitos de un intérprete para que le ayude a entender la información médica.

Este folleto de EOC, así como otros materiales informativos, están traducidos al español y al vietnamita. Si desea solicitar los materiales traducidos, llame a Servicios a los miembros del SCFHP.

Tarjeta de identificación de miembro

Todos los miembros del SCFHP reciben una tarjeta de identificación de miembro. Esta tarjeta contiene información importante en relación con sus beneficios médicos. Si no ha recibido o si perdió su tarjeta de identificación de miembro, llame a Servicios a los miembros del SCFHP y le enviaremos una tarjeta nueva. Muestre su tarjeta de identificación de miembro del SCFHP a su proveedor cuando reciba atención médica o cuando recoja medicamentos recetados en la farmacia.

Solo el miembro tiene autorización para obtener los servicios médicos con su tarjeta de identificación de miembro. Si alguien más usa la tarjeta para obtener los servicios, a esta persona se le cobrarán los servicios que reciba. Además, si usted permite que alguien más use su tarjeta de identificación de miembro, el SCFHP no podrá permitir que usted continúe siendo miembro del plan.

Definiciones

Trabajo de parto activo

Trabajo de parto cuando no existe suficiente tiempo para trasladar a la madre de manera segura a otro hospital antes del parto, o cuando la transferencia puede representar una amenaza a la salud y seguridad, tanto para la madre, como para el bebé nonato.

Afección aguda

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

Profesional de atención médica debidamente calificado

Un médico de atención primaria o un especialista que actúa dentro del alcance de su práctica profesional y que posee antecedentes clínicos, que incluyen capacitación y experiencia, relacionadas con una enfermedad, padecimiento, afección o afecciones específicas.

Autorización

El requisito de que SCFHP o su Proveedor de atención primaria apruebe ciertos servicios antes de que se proporcionen como un servicio cubierto.

Beneficios (servicios cubiertos)

Los servicios, suministros y medicamentos a los que tiene derecho un miembro de acuerdo con los términos de este acuerdo. Un servicio no es un beneficio, aun cuando se describa en este folleto como un servicio o beneficio cubierto, si no es médicamente necesario o si no lo proporciona un proveedor del SCFHP con la autorización necesaria.

Año de beneficios

Período de doce (12) meses que inicia el 1 de octubre de cada año a las 12:01 a.m.

Queja

Una queja también se conoce como reclamo o una apelación. Algunos ejemplos de una queja pueden ser cuando:

- No puede obtener un servicio, tratamiento o medicamento que necesita.
- Su plan deniega un servicio y dice que no es médicamente necesario.
- Debe esperar demasiado tiempo para obtener una cita.

- Su plan no le reembolsa el dinero que pagó por atención de emergencia o de urgencia.

Copago

Una tarifa que el proveedor participante cobra directamente de un miembro por un beneficio cubierto específico en el momento en que se presta el servicio.

Asistencia de apoyo

Asistencia personal, cuidado del paciente o ayuda con la habitación y la comida del paciente. Son servicios que no requieren los servicios regulares de profesionales médicos o profesionales de la salud capacitados. Este tipo de asistencia tiene como objetivo principal ayudar al paciente en las actividades cotidianas.

Atención de emergencia

Una emergencia es una afección médica o psiquiátrica, que incluye el trabajo de parto activo o el dolor severo, que se manifiesta por medio de síntomas agudos de suficiente gravedad para esperar que la ausencia de atención médica inmediata pueda ocasionar cualquiera de las siguientes situaciones:

- Poner la salud del miembro en serio peligro u
- Ocasionar grave incapacidad a las funciones orgánicas del miembro, u
- Ocasionar una disfunción grave de cualquiera de los órganos o partes de su cuerpo.

Exclusión

Cualquier tratamiento médico, quirúrgico, hospitalario u otro para el cual el programa no ofrece cobertura.

Servicio experimental o en fase de investigación

Cualquier tratamiento, terapia, procedimiento, medicamento o uso del mismo, centro de salud o uso del mismo, equipo o uso del mismo, dispositivo o uso del mismo o suministros que no se reconocen por no estar de acuerdo con las normas médicas profesionales generalmente aceptadas o para los que no se ha determinado la seguridad y eficacia en el tratamiento de una enfermedad, lesión o afección médica para la cual se recomienda o receta.

Formulario combinado de evidencia de cobertura y autorización de divulgación (EOC)

Este folleto es el "Formulario combinado de evidencia de cobertura y autorización de divulgación" que describe su cobertura y beneficios.

Lineamiento federal de pobreza según los ingresos

El lineamiento federal de pobreza según los ingresos es establecido cada año por el U.S. Department of Health and Human Services (HHS). Las pautas se utilizan para determinar la elegibilidad para algunos programas, como HFP o Medi-Cal. Los lineamientos de pobreza también se conocen como "nivel federal de pobreza" (FPL).

Formulario

Una lista de medicamentos recetados genéricos y de marca aprobados para cobertura y disponibles sin previa autorización del SCFHP. La presencia de un medicamento recetado en el formulario no garantiza que éste será prescrito por su médico para una afección específica.

Reclamo

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

Healthy Families

El programa estatal administrado por el MRMIB para proporcionar cobertura médica, dental y visual a niños que cumplen con los requisitos de elegibilidad e ingresos y contribuyen con una contribución familiar mensual.

Hospital

Un centro de atención médica autorizado por el estado de California y acreditado por la Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations, ya sea como: (a) un hospital de cuidados intensivos, (b) un hospital psiquiátrico o (c) un hospital que funciona principalmente para el tratamiento del alcoholismo o abuso de sustancias. No incluye centros que funcionen principalmente como casas de reposo, asilos de ancianos o albergues geriátricos ni una sección separada de un hospital que funcione como centro de enfermería especializada.

Categoría de ingresos, A, B o C

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

- Categoría de ingreso A = 100% a 150% del Lineamiento federal de pobreza según los ingresos
- Categoría de ingreso B = 151% a 200% del Lineamiento federal de pobreza según los ingresos
- Categoría de ingresos C = 201% a 250% del Lineamiento de ingreso federal de pobreza

Paciente internado u hospitalizado

Una persona que ha sido admitida en un hospital como paciente internado registrado y que recibe servicios cubiertos según las indicaciones de un médico.

Managed Risk Medical Insurance Board (MRMIB)

La agencia estatal que administra el Programa Healthy Families.

Alimentos médicos

Los alimentos médicos o complementos alimenticios que se administran por vía oral o enteral para el tratamiento de una enfermedad médica se excluyen de la cobertura, excepto por el tratamiento de PKU y los productos enterales para niños menores de 12 años de edad que están seriamente discapacitados.

Médicamente necesario

Los productos o servicios de atención médica que (a) se proporcionen de acuerdo con los estándares de práctica profesionalmente reconocidos; (b) el médico tratante determine que son consistentes con la afección médica y (c) que se proporcionen en el nivel más adecuado respecto al tipo, suministro y servicio, tomando en consideración los riesgos potenciales, los beneficios y las opciones alternativas.

Miembro

Una persona que se inscribe en el SCFHP para recibir su atención médica. En este folleto, también nos referimos al miembro como “usted”.

Tarjeta de identificación de miembro

La tarjeta de identificación proporcionada a los miembros por el SCFHP que incluye el número de miembro, información del Proveedor de atención primaria y números de teléfonos importantes.

Servicios de salud mental

Los servicios de psicoanálisis, psicoterapia, asesoría, manejo médico u otros servicios proporcionados más comúnmente por un psiquiatra, psicólogo, trabajador social clínico autorizado o terapeuta familiar y de matrimonios para el diagnóstico o tratamiento de enfermedades mentales o emocionales o de problemas mentales o emocionales asociados con una enfermedad, lesión o cualquier otra afección.

Medicamento no incluido en el formulario

Un medicamento que no está incluido en el Formulario del SCFHP y que requiere de una autorización del SCFHP para que sea cubierto.

Proveedor no participante

Un proveedor que no ha sido contratado por el SCFHP para proporcionar servicios a los miembros.

Dispositivo de ortótica

Un soporte o elemento ortopédico diseñado para el soporte de una articulación o músculo débil o lisiado, o para mejorar la función de las partes móviles del cuerpo.

Servicios ambulatorios

Servicios, bajo la dirección de un médico, que no incurren en cobros nocturnos en el centro en el que se proporcionan los servicios.

Servicios fuera del área

Atención de emergencia o de urgencia proporcionada fuera del área de servicio del SCFHP que no era posible retrasar hasta que el miembro regrese al área de servicio.

Proveedor participante

Un médico, hospital, centro de enfermería especializada u otro profesional de la salud, centro de salud o agencia de salud en el hogar que tenga autorización, que en el momento en que se presta la atención al miembro, tiene un contrato vigente con el SCFHP para prestar servicios cubiertos a sus miembros.

El Plan

Santa Clara Family Health Plan (o SCFHP)

Médico del Plan

Un médico u osteópata que presta un servicio cubierto, de acuerdo con esta EOC, que cuenta con licencia en el estado o jurisdicción en que ejerce y que hace dentro del alcance de su licencia, que firmó un contrato escrito con el SCFHP para brindar servicios cubiertos a los miembros, de acuerdo con los términos establecidos en el mismo.

Proveedor de atención primaria (PCP)

Un pediatra, médico general, médico familiar, internista o algunas veces un obstetra/ginecólogo, que ha sido contratado por el SCFHP o que trabaja en una clínica contratada por el SCFHP para proporcionar atención primaria a los miembros y para derivar, autorizar, supervisar y coordinar la provisión de beneficios a los miembros de acuerdo con el folleto de Evidencia de cobertura. Las enfermeras practicantes y asistentes de los médicos asociados con un Proveedor de atención primaria contratado están disponibles para los miembros que necesitan atención primaria.

Programa

El Programa Healthy Families.

Dispositivo protésico

Un dispositivo artificial utilizado para reemplazar una parte del cuerpo.

Proveedor

Un médico, hospital, centro de enfermería especializada u otro profesional de salud autorizado, centro autorizado o agencia de atención en el hogar autorizada.

Directorio de proveedores

El directorio de proveedores contratados por el SCFHP para proporcionar servicios a los miembros.

Afección médica de emergencia psiquiátrica

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

Afección crónica grave

Una afección médica ocasionada por una enfermedad, padecimiento u otro problema médico o trastorno médico que es grave en naturaleza y que persiste sin que sane

completamente o empeora durante un período prolongado de tiempo o requiere un tratamiento continuo para mantener la remisión o evitar el deterioro.

Trastorno emocional grave (SED)

SED se refiere a una afección mental diagnosticada en un niño que no es un "desorden por abuso de sustancias" o "enfermedad del desarrollo". Un niño con SED también se comporta de una manera que no es apropiada para su edad. Un Departamento de salud mental del Condado decide si un niño tiene SED con base en la Ley de California (Código de bienestar e instituciones Sección 5600.3(a)(2)). Al tomar esa decisión, el condado considerará si un niño tiene ciertos problemas. Estos pueden incluir problemas para cuidarse a sí mismo, problemas en la escuela o problemas con las relaciones familiares. El niño también podría tener otros problemas como estar en riesgo de suicidio o violencia. O bien, el niño podría cumplir con los requisitos de Educación especial del estado. El condado también podría analizar si el niño está en riesgo de ser retirado de su hogar y cuánto tiempo se espera que dure la afección.

Área de servicio

El área geográfica atendida por el Santa Clara Family Health Plan, Condado de Santa Clara.

Enfermedades mentales graves (SMI): una afección de salud mental que incluye:

- Esquizofrenia
- Trastorno esquizoafectivo
- Trastorno bipolar (enfermedad maníaco depresiva)
- Trastorno depresivos mayores
- Trastorno de pánico
- Trastorno obsesivo compulsivo
- Trastorno profundo del desarrollo o autismo
- Anorexia nervosa
- Bulimia nervosa

Centro de enfermería especializada

Un centro autorizado por el Department of Health Care Services del Estado de California como un "Centro de enfermería especializada" para proporcionar un nivel de atención de enfermería para pacientes internados que no es de la intensidad requerida de un hospital.

Médico especialista

Un médico del plan que proporciona servicios a los miembros, cuando el proveedor de atención primaria hace la derivación a un especialista, dentro del ámbito de su especialidad y área de práctica y que está específicamente certificado o es idóneo para ser certificado en dicha especialidad. Algunos servicios de especialización no requieren de autorización, por ejemplo, los servicios de obstetricia.

Enfermedad terminal

Una afección incurable o irreversible que tiene una alta probabilidad de ocasionar la muerte en el transcurso de un (1) año o menos.

Triaje o selección: la evaluación de salud de un miembro que realiza un médico o una enfermera con capacitación para clasificar a los pacientes de acuerdo con la determinación de la urgencia de la atención que necesita el miembro.

Tiempo de espera para el triaje o selección: el tiempo que espera para hablar por teléfono con un médico o enfermera con capacitación para clasificar a un paciente que necesite atención.

Atención de urgencia

Servicios necesarios para evitar un deterioro serio de la salud de un miembro ocasionado por una enfermedad o lesión inesperada para la que no se puede retrasar el tratamiento.

Derechos y responsabilidades del miembro

Como miembro del Santa Clara Family Health Plan, usted tiene derecho a:

- Ser tratado con respeto y dignidad.
- Seleccionar a un proveedor de atención primaria de nuestro directorio de proveedores.
- Obtener citas dentro del tiempo razonable.
- Participar activamente en las discusiones francas y en las decisiones relacionadas con sus necesidades de atención médica, incluyendo las opciones de tratamiento médicamente necesarias o apropiadas para sus afecciones, independientemente del costo y de que el tratamiento esté cubierto por el SCFHP.
- Tener una relación confidencial con su proveedor.
- Que sus registros sean confidenciales. Esto significa que no compartiremos su información de atención médica sin su aprobación por escrito a menos que sea permitido por la ley.
- Expresar al SCFHP sus inquietudes acerca del SCFHP o de los servicios de atención médica que recibió.
- Recibir información acerca del SCFHP, nuestros servicios y nuestros proveedores.
- Hacer recomendaciones relacionadas con sus derechos y responsabilidades.
- Revisar sus registros médicos. Si solicita una copia de sus registros, le cobraremos una tarifa por estos servicios.
- Obtener servicios de proveedores fuera de nuestra red en caso de emergencia.
- Solicitar los servicios gratuitos de un intérprete.
- Usar intérpretes que no sean miembros de su familia o amigos.
- Presentar una queja si no se atienden sus necesidades de idioma.

Sus responsabilidades son:

- Proporcionar a sus proveedores y al SCFHP información correcta, incluyendo los cambios de domicilio, situación familiar y otra cobertura de atención médica.
- Comprender su problema médico y participar en el desarrollo de sus metas de tratamiento, tanto como sea posible, con su proveedor.
- Presentar su tarjeta de identificación de miembro siempre que reciba los servicios.
- Ir a la sala de emergencias solo en caso de emergencia o de acuerdo con las instrucciones de su proveedor.
- Concertar y mantener sus citas médicas e informar a su proveedor por lo menos con 24 horas de anticipación en caso de que necesite cancelarlas.
- Hacer preguntas acerca de su afección médica y asegurarse de entender las explicaciones e instrucciones del proveedor.

- Avisar al SCFHP en cuanto sea posible si un proveedor le factura incorrectamente o si tiene alguna queja.
- Tratar a todo el personal del SCFHP y a los proveedores de atención médica con respeto y cortesía.

Acceso a la atención

Acceso físico

El SCFHP ha realizado todos los esfuerzos posibles para asegurar que nuestras oficinas, así como las oficinas y las instalaciones de los proveedores participantes del SCFHP sean accesibles para las personas discapacitadas. Si usted no puede localizar un proveedor accesible, llame a Servicios a los miembros y le ayudaremos a encontrar un proveedor alternativo.

Acceso para personas con discapacidad auditiva

Las personas con discapacidad auditiva pueden comunicarse por medio del número de teléfono (TTY) al 1-800-735-2929.

Acceso para personas con discapacidad visual

Esta Evidencia de la cobertura (EOC) y otros materiales importantes del plan están disponibles en formatos con tipo de letra más grande, formatos ampliados para computadora y en cinta de audio para las personas con discapacidad visual. Para obtener formatos alternativos o ayuda directa para leer esta EOC y otros materiales, llame a Servicios a los miembros del SCFHP.

La Ley sobre Estadounidenses con Discapacidades de 1990

El SCFHP cumple con la Ley de Estadounidenses con Discapacidades de 1990 (ADA). Esta Ley prohíbe la discriminación con base en discapacidades. La Ley protege a los miembros con discapacidades contra discriminación relativa a servicios del programa. Además, la sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973 establece que ninguna persona discapacitada calificada será excluida, basándose en su discapacidad, de participar en ningún programa o actividad que reciba o se beneficie de asistencia financiera federal, ni se le negarán los beneficios ni será sometida a discriminación de ningún otro tipo bajo dicho programa o actividad.

Reclamos por falta de acceso para personas discapacitadas

Si usted considera que el plan o sus proveedores no han respondido a sus necesidades de acceso por discapacidad, puede llamar a Servicios a los miembros para presentar un reclamo ante el SCFHP.

Si su queja de acceso por discapacidad sigue sin resolverse se puede comunicar con:

ADA Coordinator
Managed Risk Medical Insurance Board
P.O. Box 2769
Sacramento, CA 95812-2769
1-916-324-4695

Las personas con discapacidad auditiva deben llamar al TTY **1-800-735-2929**.

Acceso oportuno a los servicios de atención médica que no son de emergencia

El California Department of Managed Health Care (DMHC) adoptó nuevas normas (Título 28, Sección 1300.67.2.2) para que los planes de salud proporcionen a los miembros el acceso oportuno a los servicios de atención médica que no son de emergencia. Los planes de servicios de atención médica deben cumplir con las nuevas normas a partir del 18 de enero de 2011.

Línea de asesoría de enfermeras

Llame sin costo a nuestra Línea de asesoría de enfermeras al 1-887-509-0294 para obtener servicios de triaje o selección, las 24 horas del día, los siete días de la semana.

Uso del plan de salud

Ubicaciones de establecimientos y proveedores

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

Médicos, proveedores de atención médica e instalaciones independientes

SCFHP tiene contratos con diferentes tipos de proveedores de atención médica. Entre ellos se incluye a médicos, clínicas, hospitales y otros proveedores de atención médica. Los llamamos proveedores participantes. Son independientes del SCFHP. No son empleados ni agentes del SCFHP.

El SCFHP tiene un directorio de médicos, clínicas y servicios de atención médica, el cual es una lista parcial de los nombres y ubicación de nuestros proveedores de atención primaria, clínicas, hospitales y farmacias participantes. Si desea obtener un ejemplar de este directorio, llame a Servicios a los miembros del SCFHP.

El SCFHP ofrece los servicios de algunos tipos de profesionales médicos, como enfermeras especializadas, enfermeras obstétricas, que se enumeran específicamente en el Directorio de médicos, clínicas y servicios de atención médica.

El SCFHP puede proporcionar cierta información sobre la condición de los proveedores participantes.

Para obtener una lista de uno o más de estos tipos de profesionales médicos, llame a Servicios a los miembros del SCFHP.

Si desea conocer más acerca de la formación educativa o de la licencia médica de especialidad de algún proveedor del Programa Healthy Families, comuníquese con el proveedor individual o llame a Servicios a los miembros del SCFHP.

Área de servicio

El SCFHP está acreditado para atender a los miembros del Programa Healthy Families que viven en el Condado de Santa Clara. Tenemos proveedores disponibles en todo el Condado de Santa Clara.

Selección de un proveedor de atención primaria

Es necesario que los miembros del SCFHP seleccionen un médico personal o proveedor de atención médica (PCP) al momento de la inscripción. Un miembro también puede elegir una clínica como su proveedor de atención primaria. El PCP es responsable de:

- Coordinar y dirigir todas las necesidades de atención médica, excepto los servicios de atención médica de emergencia dentro y fuera del área de servicio del SCFHP y los servicios de atención de urgencia fuera del área de servicio.
- Hacer arreglos de derivaciones a médicos especialistas y autorizaciones para otros proveedores (incluso hospitales).
- Proporcionar la autorización previa necesaria para obtener los servicios.

- Ordenar exámenes médicamente necesarios de laboratorio, rayos X y otros beneficios cubiertos.
- Trabajar con el SCFHP para asegurar que el miembro tenga acceso a los servicios que podrían ser útiles, tales como la educación sobre determinadas afecciones médicas o medidas para prevenirlas.

Algunos PCP trabajan con ciertos médicos especialistas, profesionales no médicos que brindan atención médica, hospitales y otros proveedores de atención médica. Esto significa que su elección del PCP también determinará a qué otros proveedores podrá visitar.

Las diferentes personas prefieren diferentes tipos de médico como su PCP. Estos incluyen a los médicos familiares, médicos generales, pediatras, obstetras/ginecólogos (OB/GYN) y de medicina interna. Debe elegir cuál tipo es mejor para usted.

Si no selecciona un PCP del SCFHP al momento de su inscripción, el SCFHP le asignará uno que esté ubicado dentro de un radio de diez (10) millas de distancia de su casa y le enviará un aviso. Este será su PCP hasta que usted notifique al SCFHP de su propia selección.

Para poder obtener los beneficios, el miembro debe tener un PCP. Si no ha seleccionado un médico o clínica, comuníquese con Servicios a los miembros del SCFHP. Después, comuníquese con el PCP para satisfacer todas sus necesidades de atención médica, incluyendo los servicios preventivos, problemas de salud rutinarios y consulta con especialistas, servicios de atención urgente y hospitalización.

Nota: Para que el miembro pueda recibir los servicios cubiertos del SCFHP, el PCP debe coordinar toda su atención médica, excepto los servicios de emergencia, los servicios de urgencia fuera del área y los servicios de planificación familiar.

Programación de citas

Llame a su médico de atención primaria (PCP). El número de teléfono del PCP aparece en la tarjeta de identificación de miembro.

Haga una cita. Si necesita cambiar la fecha de la cita, llame al consultorio del PCP lo antes posible.

Si necesita un intérprete, infórmele al personal del PCP antes de la visita. Ellos coordinarán los servicios de alguien que hable su idioma. O bien, puede llamar a Servicios a los miembros del SCFHP.

Lleve su tarjeta de identificación del SCFHP cuando acuda a la cita.

Examen inicial de salud

Animamos a todos los miembros que se inscriben en el Programa Healthy Families para que visiten a su proveedor de atención primaria para el examen de salud inicial. Este examen (que se llama Evaluación médica inicial (IHA)) se debe programar para los niños mayores de 18 meses de edad, durante los primeros 4 meses a partir de su inscripción en el SCFHP. Para los niños menores de 18 meses de edad, se deberá programar un IHA dentro de los primeros 60 días a partir de su inscripción en el SCFHP.

La primera reunión con su nuevo médico es importante. Es una oportunidad para que usted y a su médico se conozcan y revisen su estado de salud. Su médico le ayudará a entender sus necesidades médicas y le orientará para mantenerse saludable. Llame hoy al consultorio de su médico para hacer una cita.

Cambio de proveedor de atención primaria

En cualquier momento puede llamar o escribir a Servicios a los miembros del SCFHP para cambiar su PCP. Los cambios tendrán vigencia a partir del primer día del mes siguiente.

Si cambia de PCP a uno que esté afiliado a un grupo de proveedores diferente, esta selección también puede ocasionar un cambio de hospitales, especialistas y otros proveedores de los cuales podría recibir atención médica.

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

Su PCP puede solicitar que lo asignen a otro PCP, si usted no logra establecer una relación médico/paciente aceptable, no sigue el plan de tratamiento que su PCP recomendó, constantemente falta a sus citas o actúa de una manera agresiva, abusiva o amenazante.

Nuestro personal de Servicios a los miembros puede ayudarle a elegir otro PCP. Comuníquese con el SCFHP durante el horario de oficina si necesita ayuda.

Elección de un proveedor de servicios médicos para la reproducción

Debido a objeciones morales o religiosas, algunos hospitales y otros proveedores no prestan uno o más de los siguientes servicios: planificación familiar; servicios de anticoncepción, que incluyen la anticoncepción de emergencia; esterilización, incluida la ligadura de trompas al momento del parto; tratamientos por esterilidad y abortos. Es posible que su contrato del plan sí cubra estos servicios. Antes de elegir un PCP, llame al PCP, al grupo médico, IPA, a la clínica o a Servicios a los miembros del SCFHP, para confirmar que puede obtener los servicios de atención médica que necesita.

Continuidad de la atención médica para los nuevos miembros

Al momento de inscribirse en el SCFHP, si usted está recibiendo atención de un proveedor no participante, como un hospital, podrá continuar con esa atención por un tiempo. Puede continuar con dicha atención si solicita ayuda al SCFHP, si el proveedor no participante acepta los requisitos del SCFHP y si la atención es para una de las siguientes afecciones y es un beneficio cubierto. El SCFHP también puede transferir su atención a un proveedor participante para asegurar que no se interrumpa su atención.

La siguiente lista también le explica por cuánto tiempo SCFHP cubre esa atención médica. Las situaciones son las siguientes:

- Una afección aguda, el SCFHP le ayudará a continuar con la atención de un servicio cubierto hasta que usted ya no tenga la afección aguda.
- Enfermedad crónica grave, el SCFHP le ayudará a seguir recibiendo atención médica como servicio cubierto durante el tiempo que dure el tratamiento de esa enfermedad crónica grave. Una vez que haya finalizado ese tratamiento, SCFHP lo transferirá a un proveedor participante para que lo atienda.

El SCFHP le ayudará:

- para que este proveedor no participante le realice una cirugía u otro procedimiento médico siempre que sea un servicio cubierto, que sea necesario hacerlo y que ya haya sido aprobado como parte de un plan de tratamiento documentado.
- a continuar recibiendo atención médica que sea un servicio cubierto para un niño recién nacido, desde recién nacido hasta los 36 meses de edad, por un periodo de hasta 12 meses a partir de la fecha en que entra en vigencia la cobertura.
- a continuar obteniendo la atención médica que sea un servicio cubierto en caso de embarazo, incluyendo la atención posparto.
- a que continúe recibiendo atención por un servicio que cubra el plan por todo el tiempo que dure una enfermedad terminal.

Debe saber lo siguiente: Si se le ha ofrecido y decidió continuar con la cobertura por medio de otro plan de salud que le permite recurrir a proveedores fuera de la red o continuar con el mismo proveedor y usted seleccionó al SCFHP, el SCFHP no está obligado a permitirle continuar recibiendo su atención del proveedor no participante.

Continuidad de la atención por finalización de contrato del proveedor

Si finaliza el contrato del SCFHP con un proveedor y el proveedor, incluyendo a un hospital participante, le ha estado prestando un servicio con cobertura del SCFHP y se trata de una de las afecciones que se enumeran a continuación, el SCFHP le ayudará a que continúe recibiendo o complete la totalidad de la atención médica para esa afección. La siguiente lista también le explica por cuánto tiempo SCFHP cubre esa atención médica. Las situaciones son las siguientes:

- Una afección aguda, el SCFHP le ayudará a continuar con la atención de un servicio cubierto hasta que usted ya no tenga la afección aguda.
- Enfermedad crónica grave, el SCFHP le ayudará a seguir recibiendo atención médica como servicio cubierto durante el tiempo que dure el tratamiento de esa enfermedad crónica grave. Una vez que haya finalizado ese tratamiento, SCFHP lo transferirá a un proveedor participante para que lo atienda.
- El SCFHP le ayudará a que este proveedor no participante le realice una cirugía u otro procedimiento médico siempre que sea un servicio cubierto, que sea necesario hacerlo y que ya haya sido aprobado como parte de un plan de tratamiento documentado.
- El SCFHP le ayudará a continuar recibiendo la atención médica que sea un servicio cubierto para un niño recién nacido, desde el nacimiento hasta los 36 meses de edad, por un período de hasta 12 meses a partir de la fecha de vigencia de la finalización del contrato del proveedor.
- El SCFHP le ayudará a continuar obteniendo la atención médica que sea un servicio cubierto en caso de embarazo, incluyendo la atención posparto.

- El SCFHP le ayudará a continuar obteniendo la atención médica que sea un servicio que el plan cubra durante todo el tiempo que usted tenga esa enfermedad terminal.

El SCFHP le permitirá continuar recibiendo la atención del proveedor no participante hasta que la atención por una afección médica cubierta enumerada en esta sección se complete, o según se especifique, si le solicita al SCFHP que lo ayude y si el proveedor no participante está de acuerdo con los requisitos impuestos por el SCFHP. Se puede extender este plazo si no fuese seguro el traslado a un proveedor participante. El SCFHP también puede transferir su atención a otro proveedor participante para asegurar que no se afecte su atención.

Si el contrato de un PCP termina, SCFHP notificará a los Miembros que se atienden con ese PCP. El aviso indicará a los miembros que llamen a Servicios a los miembros del SCFHP para elegir un nuevo PCP.

Esta carta también incluirá otra información importante que debe saber si desea continuar con el proveedor no participante actual. Debe informarle al SCFHP que desea que el proveedor no participante (médico, grupo médico u hospital) que le ha estado prestando los servicios de atención médica continúe prestándole esos servicios hasta completarlos.

En caso de que el proveedor no participante no llegue a un acuerdo con el SCFHP respecto al pago u otros términos relacionados con la atención médica, entonces el SCFHP no está obligado a pagar esos servicios. En este caso, si el miembro todavía quiere continuar con sus servicios, entonces el miembro deberá hacerse cargo de pagarle al proveedor no participante.

Si desea que el SCFHP le ayude a continuar con su atención o, si desea consultar la política de continuidad de la atención del SCFHP, comuníquese con Servicios a los miembros.

Autorización previa de los servicios

Su proveedor de atención primaria coordinará sus necesidades de atención médica y cuando sea necesario, coordinará los servicios de los médicos especialistas. En algunos casos el SCFHP debe autorizar los servicios de los especialistas antes de que usted los reciba. Su proveedor de atención primaria obtendrá las remisiones y autorizaciones necesarias para su atención. Para recibir algunos servicios especializados, tales como los servicios de obstetricia/ginecología, no es necesario obtener una autorización previa antes de recibir los servicios.

Las autorizaciones previas de rutina pueden tomar hasta cinco (5) días hábiles, dependiendo de su afección médica y del tratamiento que necesita. Si su problema de salud es urgente, el SCFHP puede tomar hasta 72 horas para tomar una decisión, dependiendo de su afección médica y del tratamiento que necesita.

A veces se necesita más información u otros exámenes antes de que el SCFHP pueda tomar una decisión. Si se necesita más información u otros exámenes antes, SCFHP se comunicará con su PCP.

El SCFHP le enviará a usted y a su PCP una carta en los siguientes dos (2) días hábiles después de haber tomado la decisión de aprobar o denegar su autorización.

Derivaciones a médicos especialistas

Debido a sus necesidades médicas, es posible que el PCP le envíe o derive a un médico especialista del plan. El especialista del plan debe pertenecer al mismo grupo de proveedores que su PCP. En caso de que no hubiese ningún especialista adecuado dentro del grupo de proveedores de su PCP, su PCP lo derivará a otro especialista del plan SCFHP.

Antes de derivarlo, su médico deberá obtener una autorización previa para éste y para la mayoría de los servicios cubiertos, tales como hospitalización y diferentes exámenes. Su médico tomará en consideración sus necesidades para seleccionar al especialista al que lo enviará.

Para obtener una lista de los especialistas del SCFHP, llame a Servicios a los miembros o diríjase a nuestro sitio web en <http://www.scfhp.com> y consulte “Encontrar un médico” en la esquina de miembros.

Derivaciones permanentes

Si padece de una afección que amenace su vida, ya sea degenerativa o discapacitante, podrá recibir una derivación permanente a un especialista del plan para la atención necesaria.

Con una derivación permanente, podrá obtener la atención médica de un especialista del plan todas las veces que su PCP establezca en el plan de tratamiento, sin necesidad de que su PCP le entregue otra aprobación antes de cada visita.

Durante este tiempo, mientras usted esté recibiendo la atención médica que necesita, el especialista del plan trabajará con su médico (PCP) hasta que pueda volver a su propio médico.

Para obtener una derivación permanente, comuníquese con su PCP. Si su PCP aprueba la derivación permanente, le dirá qué especialista del plan puede tratar su afección. También puede llamar a SCFHP para obtener una lista de los proveedores del plan que pueden tratarlo por su enfermedad.

Si tiene algún problema para obtener la aprobación de su PCP, llame a Servicios a los miembros.

Cómo obtener una segunda opinión

Habrán ocasiones en las que usted, su médico, o el SCFHP querrán obtener una

segunda opinión respecto de sus necesidades médicas. Para obtener una segunda opinión, solicítela a su médico o al SCFHP. La segunda opinión la debe dar un Profesional de la salud debidamente calificado.

Necesita obtener una segunda opinión, tan pronto como sea razonablemente posible.

Las razones más comunes para obtener una segunda opinión son:

- Si usted cuestiona la necesidad de realizar la intervención quirúrgica recomendada.
- Si usted cuestiona el diagnóstico de su médico o el plan de atención para una afección grave que podría causar la muerte, la pérdida de una extremidad o de una función orgánica o incapacidad sustancial. El término “enfermedad grave” incluye también una enfermedad crónica grave.
- Si los signos clínicos no son claros o son complejos y confusos, o si el diagnóstico es dudoso debido a contradicciones en los resultados de los exámenes.
- Si el profesional médico a cargo no puede diagnosticar la enfermedad.
- Si usted cree que su salud no está mejorando cuando debería hacerlo y usted ha seguido cuidadosamente el plan de tratamiento.

Cuando usted o su médico soliciten una segunda opinión, el SCFHP la aprobará o la rechazará tan rápido como sea posible.

Si tiene una enfermedad grave, como se describe antes, y su salud se encuentra en riesgo, aprobaremos o denegaremos su solicitud de recibir una segunda opinión tan rápidamente como sea posible, a más tardar 72 horas después de haber recibido la solicitud.

Si solicita una segunda opinión respecto de la atención médica que le ha brindado su PCP, puede seleccionar al médico que desee para que le dé una segunda opinión. Sin embargo, debe seleccionar al médico del grupo de proveedores que trabajan con su PCP. El médico debe estar calificado para brindar una opinión sobre su afección.

Si solicita una segunda opinión respecto de la atención médica que le ha brindado un especialista del Plan, puede seleccionar a cualquier proveedor del Plan del SCFHP que tenga la misma especialidad o una especialidad equivalente, que el primer especialista del Plan. En este caso, el especialista del Plan debe pertenecer al mismo Grupo de proveedores que su PCP. Si no hay ningún especialista adecuado dentro del Grupo de proveedores de su PCP, su PCP lo derivará a otro especialista del Plan.

Si el especialista que brinda la segunda opinión no se encuentra dentro del mismo grupo de proveedores del plan que el primer especialista, el SCFHP negociará con el segundo grupo de proveedores y pagará el costo de la segunda opinión.

Las segundas opiniones deben tener la aprobación del SCFHP, el Grupo de proveedores del Plan o su PCP.

Para obtener información adicional sobre la política de segundas opiniones del SCFHP, incluyendo nuestros plazos de respuesta a la solicitud de una segunda opinión, comuníquese con Servicios a los miembros. También puede escribirnos a Member Services, SCFHP, 210 East Hacienda Avenue, Campbell, CA 95008.

Revisión de uso

La revisión de uso es el proceso que se emplea para autorizar o rechazar la cobertura de los servicios de atención médica según los beneficios provistos por el Programa Healthy Families. El SCFHP realiza la revisión. El SCFHP revisa las solicitudes de servicio, que provienen de los proveedores de atención médica, tales como su PPCP o un especialista. La revisión del SCFHP se basa en protocolos clínicos, lineamientos de práctica internos y estándares de atención médica establecidos según criterios publicados y reconocidos a escala nacional.

Si desea más información sobre este proceso, llame a Servicios a los miembros. También puede solicitar información acerca de los criterios específicos que se utilizaron para revisar o denegar un servicio específico.

Recetas: cómo obtener medicamentos

Servicios de farmacia

Para obtener los medicamentos que le haya recetado su médico del SCFHP, debe mostrar su tarjeta de identificación de miembro del SCFHP y la receta que le hizo su médico en cualquier farmacia del SCFHP incluida en el *Directorio de médicos, clínicas y servicios de atención médica*.

Formulario de medicamentos del SCFHP

El SCFHP utiliza una lista de medicamentos aprobados para pacientes ambulatorios que se llama Formulario de medicamentos. Este *Formulario de medicamentos* es una lista de los medicamentos de venta con receta y de venta libre que una farmacia del plan puede darle sin aprobación del SCFHP. El hecho de que un medicamento determinado esté incluido en el Formulario del SCFHP no garantiza que su médico le recete ese medicamento en particular para una afección médica específica. Si usted necesita un medicamento que no aparece en el Formulario de medicamentos del SCFHP, su médico debe completar una solicitud para pedirle a SCFHP que apruebe ese medicamento. A menos que el SCFHP apruebe el medicamento, el SCFHP no pagará el costo del mismo.

SCFHP ha creado este Formulario de medicamentos con ayuda de nuestro Comité de Farmacia y Terapéutica (P & T). Es un comité compuesto por farmacéuticos y médicos

del plan. Este Comité se reúne cada tres meses para revisar el Formulario de medicamentos. Agregan nuevos medicamentos y deciden cuáles van a ser eliminados del formulario. Buscan medicamentos seguros y efectivos.

Otras cosas que usted debe saber respecto del Formulario de medicamentos:

- Si tiene duda de que un medicamento específico esté incluido en el Formulario, llame a Servicios a los miembros.
- Si desea obtener una copia del Formulario del SCFHP, llame a Servicios a los miembros.
- El SCFHP responderá a una solicitud de aprobación de un medicamento que no esté incluido en el Formulario en un plazo de 24 horas o en un día hábil en el caso de recetas nuevas y en un plazo de 48 horas o dos días hábiles cuando se trate de un resurtido de la receta. Si el miembro se ha quedado sin medicamento al momento de la solicitud para resurtir, el SCFHP responderá en un plazo de 24 horas o de un día hábil.
- El SCFHP aprobará un medicamento que no aparece en el Formulario de medicamentos, por ejemplo, cuando se han probado los medicamentos equivalentes del Formulario y que se ha encontrado que no funcionan para tratar su afección médica o cuando el medicamento haya sido retirado del Formulario después de que su proveedor del plan se lo haya recetado.

Si el SCFHP no aprueba la solicitud presentada por un proveedor del plan de que se provea un medicamento no incluido en el formulario, el SCFHP le enviará un aviso escrito explicando la razón. El aviso incluirá un mensaje sobre su derecho a presentar un reclamo al SCFHP.

En algunos casos, resulta imposible comunicarse a tiempo con el médico que ha recetado el medicamento. Entonces, después de consultarlo con el SCFHP, el farmacéutico puede despachar un suministro urgente de un medicamento recetado cuya cantidad sea suficiente para cubrir sus necesidades durante las siguientes 72 horas. Pero, usted deberá volver a la farmacia una vez que obtenga la aprobación del SCFHP para recoger la dosis nueva o el resurtido del medicamento.

En situaciones de emergencia, se le dará una cantidad suficiente de un medicamento recetado, que le dure hasta que usted pueda en un lapso razonable obtener su medicamento.

Todos los médicos que trabajan con SCFHP están informados respecto de cómo SCFHP prepara el Formulario de medicamentos y es posible que soliciten a SCFHP que incluyan en él ciertas modificaciones.

Medicamentos recetados

Descripción

Los medicamentos médicamente necesarios en las cantidades adecuadas tienen cobertura cuando los receta un profesional autorizado que actúa dentro del alcance de su licencia. Incluyen:

- Medicamentos inyectables (incluyendo insulina), las agujas y jeringas necesarias para la administración del medicamento inyectable cubierto.
- Insulina, medicamentos para tratar la diabetes y glucagón, en cantidades médicamente apropiadas para controlar y tratar los casos de diabetes insulino dependiente, no insulino dependiente y gestacional.
- Las vitaminas prenatales y los suplementos de fluoruro incluidos con las vitaminas o independientes de las vitaminas, que requieran receta médica.
- Medicamentos administrados mientras el miembro sea paciente o residente de una casa de reposo, hogar de ancianos, hospital para convalecientes o centros de salud similares cuando los receta un médico del plan en relación con un servicio cubierto y son obtenidos por medio de una farmacia participante del plan.
- Un ciclo o curso de tratamiento de medicamentos recetados para dejar de fumar por año de beneficios. SCFHP requiere que el miembro asista a clases o programas para dejar de fumar junto con el uso de los medicamentos recetados para dejar de fumar.
- Medicamentos y dispositivos anticonceptivos recetados: todos los tipos de dispositivos y medicamentos anticonceptivos orales e inyectables aprobados por la FDA. Si su proveedor participante determina que ninguno de los métodos designados del SCFHP como cubiertos o preferidos (incluidos en el Formulario del plan) es médicamente apropiado, entonces su médico se debe comunicar antes con el SCFHP para obtener una autorización previa para recetar un medicamento o dispositivo anticonceptivo no incluido en el Formulario.
- Terapia de medicamentos anticonceptivos de emergencia aprobados por la FDA.

Las farmacias participantes del SCFHP dispensarán medicamentos de venta con receta que sean equivalentes a los medicamentos genéricos, siempre que el medicamento de venta con receta se considere médicamente adecuado y seguro para el miembro.

Para obtener una descripción de los incrementos del copago para los medicamentos genéricos y de marca, consulte la sección "Programa de medicamentos recetados" en la Matriz de beneficios cubiertos por el plan de salud", en la página 30.

Un medicamento para un uso no indicado en la etiqueta, si se cumplen las siguientes condiciones:

- El medicamento ha sido aprobado por la FDA
- El médico participante recetó el medicamento necesario según su criterio para tratar una afección que pone en peligro la vida o una afección crónica y sumamente debilitante y

El medicamento ha sido reconocido para ese tratamiento por fuentes autorizadas.

Suministro para vacaciones o por pérdida de los medicamentos

Suministro para vacaciones

Para obtener un suministro de medicamentos recetados para llevar cuando salga de vacaciones, puede avisar a su médico y a la farmacia que necesita un suministro adicional de sus medicamentos.

El SCFHP autorizará que le surtan el medicamento anticipadamente. La autorización puede incluir un suministro hasta para 60 días del medicamento.

El SCFHP autorizará únicamente un (1) suministro anticipado para vacaciones cada año (365 días). Si su receta no tiene resurtidos, llame a su médico y pídale otra receta.

Reemplazo de medicamentos perdidos o robados

Si pierde su receta o le roban los medicamentos, comuníquese con su médico. El SCFHP puede cubrir el reemplazo de los medicamentos médicamente necesarios que hayan sido extraviados o robados.

Cómo obtener atención de urgencia

Llame a su PCP al número de teléfono que aparece en la tarjeta de identificación de miembro. En su primera visita, converse con el PCP para saber qué debe hacer en caso de que el consultorio esté cerrado y usted sienta que necesita recibir atención de urgencia.

Los servicios de urgencia son los servicios necesarios para evitar un deterioro grave de la salud, como resultado de una enfermedad, lesión, dolor prolongado o complicación inesperada de una afección existente, incluyendo embarazo, por lo cual no se puede retrasar. El SCFHP cubre los servicios de atención de urgencia cuando usted se encuentra fuera del área de servicio o durante la noche y los fines de semana, cuando esté dentro del área de servicio. Es importante que recuerde que para que el servicio de urgencia sea cubierto, debe ser necesario para evitar que la enfermedad o lesión se vuelva mucho más grave, que es lo que podría suceder si usted tuviera que esperar a la cita común con un médico.

Algunos ejemplos son:

- Un fuerte dolor de oído
- Bronquitis
- Fuerte dolor de espalda
- Una infección urinaria

Puede obtener los servicios de atención de urgencia sin autorización previa. Si no sabe a dónde ir para recibir la atención de urgencia, llame a su PCP o a Servicios a los miembros del SCFHP.

Tiene derecho a recibir los servicios gratuitos de un intérprete que hable su idioma, incluyendo el lenguaje de señas, en horas inhábiles y cuando reciba servicios de atención médica de urgencia.

Cómo obtener servicios de atención médica de emergencia

Una emergencia es una afección médica o psiquiátrica, que incluye el trabajo de parto activo o el dolor severo, que se manifiesta por medio de síntomas agudos de suficiente gravedad para esperar que la ausencia de atención médica inmediata pueda ocasionar cualquiera de las siguientes situaciones:

- Poner la salud del miembro en serio peligro u
- Ocasionar grave incapacidad a las funciones orgánicas del miembro, u
- Ocasionar una disfunción grave de cualquiera de los órganos o partes de su cuerpo.
- Algunos ejemplos son:
- Huesos fracturados
- Dolor en el pecho
- Quemaduras graves
- Desmayos
- Sobredosis de drogas
- Parálisis
- Cortaduras graves que no dejan de sangrar
- Afecciones de emergencia psiquiátrica

Si tiene una emergencia médica, llame al 911 o diríjase a la sala de emergencias más cercana.

Los servicios de emergencia están cubiertos, tanto dentro del área de servicio del SCFHP, como fuera de ella. El miembro, o uno de sus padres, debe dar aviso al PCP acerca de la emergencia, en las siguientes 24 horas o tan pronto como sea razonablemente posible, de manera que pueda recibir la atención de seguimiento adecuada. Si debido a una afección médica de emergencia ingresan al miembro en un hospital no participante, incluyendo un hospital fuera del área de servicio, el SCFHP se reserva el derecho de trasladar al miembro a un hospital participante, siempre que hacerlo sea razonablemente seguro.

Qué debe hacer si no está seguro de tener una emergencia

En su primera visita, converse con el PCP para saber qué debe hacer en caso de que el consultorio esté cerrado y usted sienta que necesita recibir atención de urgencia. Si no está seguro de tener una emergencia o de necesitar atención de urgencia, puede llamar a su PCP al número de teléfono que aparece en su tarjeta de identificación, aunque el consultorio de su PCP esté cerrado. Siempre estará disponible su PCP o un proveedor de guardia para indicarle cómo manejar el problema o si debe acudir a un centro de atención de urgencias o a la sala de emergencias de un hospital. En horas hábiles también puede llamar a Servicios a los miembros del SCFHP al número que aparece en la parte inferior de esta página.

Atención posterior a la estabilización y de seguimiento después de una emergencia

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

Si el hospital en el que recibió los servicios de emergencia no pertenece a la red de proveedores contratados del SCFHP (“hospital no participante”), el hospital no participante se comunicará con el SCFHP para obtener autorización para que permanezca en el hospital no participante.

Si el SCFHP aprueba que continúe su permanencia en el hospital no participante, usted no tendrá que pagar por los servicios, excepto algunos copagos que normalmente cobra el SCFHP.

Si el SCFHP le ha notificado al hospital no participante que se le puede trasladar de manera segura a uno de los hospitales participantes del plan, el SCFHP coordinará y pagará su traslado del hospital no participante a un hospital participante.

Si el SCFHP determina que se le puede trasladar de manera segura a un hospital participante y usted no está de acuerdo con el traslado, el hospital no participante le debe proporcionar un aviso por escrito indicando que usted tendrá que pagar el costo total de los servicios posteriores a la estabilización que se le proporcionen en el hospital no participante, después de que su condición de emergencia se haya estabilizado.

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

Si considera que le cobraron indebidamente los servicios posteriores a la estabilización que recibió de un hospital no participante, comuníquese a Servicios a los miembros al número gratuito que se indica en la parte inferior de esta página.

Servicios no cubiertos

El SCFHP no cubre los servicios médicos que se reciben en un centro de atención de emergencia o de urgencia por afecciones que no son de emergencia o de urgencia, si razonablemente debió haber sabido que esa situación de emergencia o de urgencia no existió. Usted será responsable de pagar todos los cobros relacionados con esos servicios.

Copagos

Usted deberá pagar una pequeña cantidad de dinero por algunos servicios. Se llama copago. El monto máximo que debe pagar en un año de beneficios es de \$250 por todos los niños de su familia. Todos los copagos que realicen a Healthy Families los miembros de su familia se tienen en cuenta para el máximo de \$250.

No se cobrarán copagos por los exámenes de rutina y de atención preventiva. Además, no se cobrará ningún copago a los miembros menores de 24 meses por la atención del bebé sano, los exámenes de salud y otras visitas al consultorio. No hay copagos para los miembros que según las normas del Programa Healthy Families se consideran amerindios o nativos de Alaska. Para obtener información relacionada con la exoneración de copagos para amerindios o nativos de Alaska, consulte el Manual del Programa Healthy Families o comuníquese con el Programa Healthy Families al **1-800-880-5305**.

Asegúrese de guardar todos sus recibos de las visitas al médico y de los medicamentos recetados de todos los miembros de la familia que están inscritos en el Programa Healthy Families del SCFHP. Tan pronto como haya pagado \$250 en un año de beneficios, envíe los recibos originales y una carta a: Santa Clara Family Health Plan, Member Services, 210 East Hacienda Avenue, Campbell, CA 95008.

Cuando el SCFHP recibe sus recibos, entonces ningún miembro de su familia que esté inscrito en Healthy Families tendrá que realizar copagos durante el resto del año de beneficios. Todavía será necesario que pague los copagos hasta que el SCFHP reciba una constancia de que ha pagado un total de \$250 en copagos. Si puede demostrar que pagó más e \$250 en copagos durante el período del 1 de octubre de 2011 al 30 de septiembre de 2012, el plan le hará un reembolso por el monto que se excedió de los \$250.

Responsabilidades de los miembros

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

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

- Usted solicita y recibe servicios que no están cubiertos por Healthy Families, tales como una cirugía cosmética;
- Usted no le avisa al médico que tiene Healthy Families;
- Usted consulta a un médico que le indica que no acepta Healthy Families, pero usted le responde que de todas maneras quiere que le examinen allí y que usted pagará los servicios que reciba;
- Los servicios que no sean de emergencia que se reciban en la sala de emergencia;
- Los servicios que no sean de emergencia o de urgencia que se reciban fuera del área de servicio del SCFHP, si no se obtuvo la autorización del SCFHP antes de recibir dichos servicios;
- Los servicios especializados que se reciban sin autorización previa del SCFHP (consulte "Remisiones a especialistas" en la página 19);
- Los servicios de un proveedor no participante, a menos que los servicios sean por situaciones permitidas en este folleto de Evidencia de la cobertura, por ejemplo, servicios de emergencia, servicios de urgencia fuera del área de servicio del SCFHP o los servicios de especializados aprobados por el SCFHP

(consulte "Autorización previa de los servicios" y "Remisiones a especialistas" en la página 18y 19) o

- Los servicios recibidos que sobrepasan los límites descritos en este folleto de Evidencia de la cobertura, a menos que los servicios hayan sido autorizados por el SCFHP.
- Si paga por servicios cubiertos sin una autorización previa, es posible que SCFHP no pueda reembolsarle su dinero.

El SCFHP es responsable de pagar todos los servicios cubiertos, que incluyen los servicios de emergencia. Usted no es responsable de pagarle a un proveedor ninguna cantidad que el SCFHP le deba por cualquier servicio cubierto.

Si SCFHP no le paga a un proveedor no participante los **servicios cubiertos**, usted no le tiene que pagar al proveedor no participante el costo de los servicios cubiertos. Los servicios con cobertura son aquellos servicios que se proporcionan de acuerdo con este folleto de Evidencia de la cobertura. El proveedor no participante debe facturar cualquier servicio cubierto al SCFHP, no a usted. Pero recuerde, los servicios de un proveedor no participante no son "servicios cubiertos" a menos que estén dentro de las situaciones permitidas en este folleto de Evidencia de la cobertura.

Si recibe una factura por un servicio cubierto, de cualquier proveedor participante o no participante, comuníquese con Servicios a los miembros del SCFHP.

Matriz de beneficios cubiertos por el plan de salud

ESTA MATRIZ TIENE POR OBJETO AYUDARLE A ENTENDER SUS BENEFICIOS CUBIERTOS Y ES SOLO UN RESUMEN. CONSULTE LA SECCIÓN DE DESCRIPCIÓN DE LOS BENEFICIOS Y DE EXCLUSIÓN DE BENEFICIOS PARA OBTENER UNA DESCRIPCIÓN DETALLADA DE LOS BENEFICIOS CUBIERTOS. Los beneficios se proporcionan solo para los servicios médicamente necesarios y es posible que necesiten autorización.

Es posible que el programa California Children's Services (CCS), cubra y pague estos servicios, si se determina que el miembro es elegible para los servicios de CCS.

Llame al Programa Healthy Families si tiene preguntas sobre su categoría de ingresos.

Beneficios*	Servicios	Costo para el miembro (copago) Categoría de ingresos A	Costo para el miembro (copago) Categorías de ingresos B y C
Servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados	Habitación y alimentación, atención de enfermeras y todos los servicios auxiliares médicamente necesarios.	Sin copago	Sin copago
Servicios hospitalarios ambulatorios	Diagnóstico, servicios terapéuticos y quirúrgicos realizados en un hospital o centro de pacientes ambulatorios.	Sin copago excepto <ul style="list-style-type: none"> • \$5 por visita para terapia física, ocupacional o del habla, realizada a un paciente ambulatorio. • \$5 por visita para servicios médicos de emergencia (exento si el miembro es hospitalizado) 	Sin copago excepto <ul style="list-style-type: none"> • \$10 por visita para terapia física, ocupacional o del habla, realizada a un paciente ambulatorio. • \$15 por visita para recibir servicios de atención médica de emergencia (el pago se exonera si el miembro es hospitalizado)
Servicios profesionales	Servicios y consultas por un médico u otro proveedor de atención médica acreditado.	\$5 por visita al consultorio o a la casa excepto <ul style="list-style-type: none"> • Sin copago por servicios profesionales hospitalarios para pacientes hospitalizados • Sin copago para cirugía, anestesia, radiación, quimioterapia o tratamientos de 	\$10 por visita al consultorio o a la casa excepto <ul style="list-style-type: none"> • Sin copago por servicios profesionales hospitalarios para pacientes hospitalizados • Sin copago para cirugía, anestesia, radiación, quimioterapia o

Servicios a los miembros: 800-260-2055 (TTY: 800-735-2929), de lunes a viernes, 8:30 a.m. a 5:30 p.m. (excepto días festivos) Sitio web: <http://www.scfh.com>

Matriz de beneficios cubiertos por el plan de salud

Beneficios*	Servicios	Costo para el miembro (copago) Categoría de ingresos A	Costo para el miembro (copago) Categorías de ingresos B y C
		diálisis <ul style="list-style-type: none"> • Sin copago para Miembros menores de 24 meses de edad • Sin copago por pruebas de la vista y de la audición o para audífonos 	tratamientos de diálisis <ul style="list-style-type: none"> • Sin copago para Miembros menores de 24 meses de edad • Sin copago por pruebas de la vista y de la audición o para audífonos
Servicios de Atención Médica Preventiva	Exámenes periódicos de salud, cuidado del bebé sano, servicios de diagnóstico de rutina y de laboratorio, vacunas y servicios para la detección de enfermedades asintomáticas.	Sin copago	Sin copago
Servicios de diagnóstico, de rayos X y laboratorio	Servicios de laboratorio y servicios radiológicos de diagnóstico y terapéuticos, necesarios para evaluar, diagnosticar y tratar apropiadamente a los Miembros.	Sin copago	Sin copago
Cuidados de la diabetes**	Equipos y suministros para administrar y tratar la diabetes con el uso de insulina y sin el uso de insulina y la diabetes gestacional según sea médicamente necesario, aún si los artículos están disponibles sin receta.	\$5 de copago por visita al consultorio El copago para recetas es según lo descrito en la Sección "Programa de medicamentos recetados".	\$10 de copago por visita al consultorio El copago para recetas es según lo descrito en la Sección "Programa de medicamentos recetados".
Programa de medicamentos recetados**	Medicamentos recetados por un médico acreditado.	<ul style="list-style-type: none"> • \$5 por receta médica por un suministro hasta para 30 días de medicamentos de marca o genéricos. • \$5 por receta médica por un suministro hasta para 90 días de medicamentos de mantenimiento • Sin copago por 	<ul style="list-style-type: none"> • \$10 de copago por receta médica por un suministro hasta 30 días de medicamentos genéricos. • \$15 de copago por receta médica por un suministro hasta para 30 días de medicamentos de marca, a menos que no haya un genérico equivalente o si el uso

Servicios a los miembros: 800-260-2055 (TTY: 800-735-2929), de lunes a viernes, 8:30 a.m. a 5:30 p.m. (excepto días festivos) Sitio web: <http://www.scfhp.com>

Matriz de beneficios cubiertos por el plan de salud

Beneficios*	Servicios	Costo para el miembro (copago) Categoría de ingresos A	Costo para el miembro (copago) Categorías de ingresos B y C
		<p>medicamentos recetados proporcionados en un centro para pacientes hospitalizados.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sin copago para medicamentos administrados en el consultorio médico o en un centro de pacientes ambulatorios. • Sin copago por medicamentos y dispositivos anticonceptivos con aprobación de la FDA. 	<p>del medicamento de marca es médicamente necesario.</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$10 de copago por receta médica por un suministro hasta para 90 días de medicamentos genéricos de mantenimiento comprados a través de una farmacia selecta. • \$15 de copago por receta médica por un suministro hasta para 90 días de medicamentos de marca de mantenimiento comprados a través de una farmacia participante a menos que no haya un genérico equivalente o si el uso de un medicamento de marca es médicamente necesario, entonces aplica el copago de \$10. • Sin copago por medicamentos recetados proporcionados en un centro para pacientes hospitalizados. • Sin copago para medicamentos administrados en el consultorio médico o en un centro de pacientes ambulatorios.

Servicios a los miembros: 800-260-2055 (TTY: 800-735-2929), de lunes a viernes, 8:30 a.m. a 5:30 p.m. (excepto días festivos) Sitio web: <http://www.scfhp.com>

Matriz de beneficios cubiertos por el plan de salud

Beneficios*	Servicios	Costo para el miembro (copago) Categoría de ingresos A	Costo para el miembro (copago) Categorías de ingresos B y C
			<ul style="list-style-type: none"> • Sin copago por medicamentos y dispositivos anticonceptivos con aprobación de la FDA.
Equipo médico duradero**	Equipo médico adecuado para utilizar en casa, que sirva principalmente para un fin médico, diseñado para el uso repetido y que generalmente no es útil para una persona que no tenga una enfermedad o lesión.	Sin copago	Sin copago
Equipo ortopédico y prótesis**	Dispositivos originales y de reemplazo según las indicaciones de un profesional acreditado.	Sin copago	Sin copago
Anteojos y lentes para catarata**	Anteojos y lentes para catarata, lentes de contacto para catarata o lentes intraoculares que reemplazan el lente natural del ojo después de una cirugía.	Sin copago	Sin copago
Atención por maternidad	Servicios profesionales y de hospital con relación a la atención por maternidad.	Sin copago	Sin copago
Servicios de planificación familiar	Servicios de planificación familiar voluntaria	Sin copago	Sin copago
Servicios de traslado médico**	Transporte de emergencia en ambulancia y transporte de no emergencia para trasladar al Miembro de un hospital a otro hospital o centro o del centro a su domicilio.	Sin copago	Sin copago
Servicios de atención médica de emergencia**	Los servicios de emergencia tienen cobertura tanto dentro como fuera del área de servicio del SCFHP, así como en centros de salud dentro y fuera de la red de proveedores participantes del SCFHP.	\$5 por visita (exento si el Miembro es admitido en el hospital).	\$15 por visita (exento si el Miembro es admitido en el hospital).

Servicios a los miembros: 800-260-2055 (TTY: 800-735-2929), de lunes a viernes, 8:30 a.m. a 5:30 p.m. (excepto días festivos) Sitio web: <http://www.scfhp.com>

Matriz de beneficios cubiertos por el plan de salud

Beneficios*	Servicios	Costo para el miembro (copago) Categoría de ingresos A	Costo para el miembro (copago) Categorías de ingresos B y C
Servicios de atención de salud mental para pacientes hospitalizados:	Atención de salud mental en un hospital participante cuando la ordena y realiza un profesional de salud mental participante para el tratamiento de una afección de salud mental.		
Atención de salud mental	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico y tratamiento de una afección de salud mental. • Incluye, pero no se limita a los servicios de atención de salud mental para el tratamiento de enfermedades mentales graves (SMI) 	Sin copago	Sin copago
Trastorno emocional grave (SED)	<ul style="list-style-type: none"> • Servicios de atención de salud mental para el tratamiento de un miembro a quien el condado determine que tiene una afección de SED. • El SCFHP debe proporcionar todos los servicios cubiertos, que sean médicamente necesarios hasta que el County Mental Health Department determine la elegibilidad del miembro con SED y proporcione los servicios médicamente necesarios para el tratamiento de la afección de SED. • El SCFHP y el County Mental Health Department coordinarán los servicios para asegurar que todos los servicios y los tratamientos médicamente necesarios 	Sin copago	Sin copago

Servicios a los miembros: 800-260-2055 (TTY: 800-735-2929), de lunes a viernes, 8:30 a.m. a 5:30 p.m. (excepto días festivos) Sitio web: <http://www.scfhp.com>

Matriz de beneficios cubiertos por el plan de salud

Beneficios*	Servicios	Costo para el miembro (copago) Categoría de ingresos A	Costo para el miembro (copago) Categorías de ingresos B y C
	<p>se proporcionen al miembro que tiene una afección de SED.</p> <ul style="list-style-type: none"> El miembro permanecerá inscrito en el Programa Healthy Families y continuará recibiendo del SCFHP la atención primaria, la atención especializada y todos los demás servicios cubiertos para afecciones médicas no relacionadas con la afección de SED. 		
Servicios de Atención de Salud Mental para pacientes ambulatorios:	Atención de salud mental cuando se ordena y realiza por medio de un profesional de salud mental participante.		
Atención de salud mental	<ul style="list-style-type: none"> Incluye sin limitación el tratamiento de menores que hayan experimentado disfunción familiar o trauma, incluyendo abandono o abuso infantil, violencia doméstica, abuso de sustancias en la familia, divorcio y duelo. Los miembros de la familia pueden involucrarse en el tratamiento cuando sea médicamente necesario para la salud y recuperación del niño. Incluye, pero no se limita a los servicios de atención de salud mental de pacientes ambulatorios para el tratamiento de enfermedades mentales graves (SMI). 	\$5 por visita	\$10 por visita

Servicios a los miembros: 800-260-2055 (TTY: 800-735-2929), de lunes a viernes, 8:30 a.m. a 5:30 p.m. (excepto días festivos) Sitio web: <http://www.scfhp.com>

Matriz de beneficios cubiertos por el plan de salud

Beneficios*	Servicios	Costo para el miembro (copago) Categoría de ingresos A	Costo para el miembro (copago) Categorías de ingresos B y C
Trastorno emocional grave (SED)	<ul style="list-style-type: none"> • Servicios de atención de salud mental de pacientes ambulatorios para el tratamiento de un miembro a quien el condado determine que tiene una afección de SED. • El SCFHP debe proporcionar todos los servicios cubiertos, que sean médicamente necesarios hasta que el County Mental Health Department determine la elegibilidad del miembro con SED y proporcione los servicios médicamente necesarios para el tratamiento de la afección de SED. El SCFHP y el County Mental Health Department coordinarán los servicios para asegurar que todos los servicios y los tratamientos médicamente necesarios se proporcionen al miembro que tiene una afección de SED. • El miembro permanecerá inscrito en el Programa Healthy Families y continuará recibiendo del SCFHP la atención primaria, la atención especializada y todos los demás servicios cubiertos para afecciones médicas no relacionadas con la afección de SED. 	Sin copago	Sin copago
Tratamiento de pacientes hospitalizados por abuso de	Hospitalización para remover sustancias tóxicas del organismo.	Sin copago	Sin copago

Servicios a los miembros: 800-260-2055 (TTY: 800-735-2929), de lunes a viernes, 8:30 a.m. a 5:30 p.m. (excepto días festivos) Sitio web: <http://www.scfhp.com>

Matriz de beneficios cubiertos por el plan de salud

Beneficios*	Servicios	Costo para el miembro (copago) Categoría de ingresos A	Costo para el miembro (copago) Categorías de ingresos B y C
alcohol/drogas			
Tratamiento de pacientes ambulatorios por abuso de alcohol y drogas	Intervención y tratamiento de crisis de abuso de alcohol o drogas.	\$5 por visita	\$10 por visita
Servicios de Atención Domiciliaria	Servicios proporcionados en el hogar por personal de atención médica.	Sin copago excepto <ul style="list-style-type: none"> • \$5 por visita para terapia física, ocupacional y del habla 	Sin copago excepto <ul style="list-style-type: none"> • \$10 por visita para terapia física, ocupacional y del habla
Atención de Enfermería Especializada	Servicios proporcionados en un establecimiento de enfermería especializada autorizado. El beneficio está limitado a un máximo de 100 días por año de beneficios	Sin copago	Sin copago
Terapia física, ocupacional y del habla**	La terapia se puede proporcionar en un consultorio médico u otro centro adecuado para la atención de pacientes ambulatorios.	\$5 por visita cuando se realiza en un centro de atención para pacientes ambulatorios Sin copago por terapia de paciente hospitalizado	\$10 por visita cuando se realiza en un centro de atención para pacientes ambulatorios Sin copago por terapia de paciente hospitalizado
Sangre y productos sanguíneos**	Incluye el procesamiento, almacenamiento y administración de sangre y productos sanguíneos en condiciones de hospitalización y de atención para pacientes ambulatorios.	Sin copago	Sin copago
Educación en salud	Incluye la educación respecto a la conducta de salud personal y la atención médica, así como recomendaciones relacionadas con el uso óptimo de los servicios de atención médica.	Sin copago	Sin copago
Cuidados paliativos	Para los miembros diagnosticados con una	Sin copago	Sin copago

Servicios a los miembros: 800-260-2055 (TTY: 800-735-2929), de lunes a viernes, 8:30 a.m. a 5:30 p.m. (excepto días festivos) Sitio web: <http://www.scfhp.com>

Matriz de beneficios cubiertos por el plan de salud

Beneficios*	Servicios	Costo para el miembro (copago) Categoría de ingresos A	Costo para el miembro (copago) Categorías de ingresos B y C
	enfermedad terminal y que optan por la atención en un centro de cuidados paliativos en vez de los servicios tradicionales de atención médica.		
Trasplante de órganos**	Cobertura de trasplantes de órganos y trasplantes de médula ósea que no sean experimentales ni de investigación.	Sin copago	Sin copago
Cirugía reconstructiva**	Realizada en estructuras anormales del cuerpo causadas por defectos congénitos, anomalías del desarrollo, paladar hendido, traumatismos, infecciones, tumores o enfermedad y que se realizan para mejorar la función o crear una apariencia normal.	Sin copago	Sin copago
Fenilcetonuria (PKU)**	Exámenes y tratamiento de PKU.	Sin copago	Sin copago
Ensayos Clínicos de Cáncer	Cobertura por la participación del miembro en un estudio clínico sobre el cáncer, de Fase I a IV, cuando el médico del miembro haya recomendado la participación en el estudio y el miembro cumpla ciertos requisitos.	\$5 de copago por visita al consultorio El copago para recetas es según lo descrito en la Sección "Programa de medicamentos recetados".	\$10 de copago por visita al consultorio El copago para recetas es según lo descrito en la Sección "Programa de medicamentos recetados".
California Children's Services Program (CCS)	CCS es un programa médico de California que trata a los niños con ciertas afecciones que causen impedimentos físicos y que necesiten atención médica especializada. Los servicios prestados a través del programa de CCS son coordinados por la oficina de CCS del condado. Si se determina que la afección del miembro es	Sin copago	Sin copago

Servicios a los miembros: 800-260-2055 (TTY: 800-735-2929), de lunes a viernes, 8:30 a.m. a 5:30 p.m. (excepto días festivos) Sitio web: <http://www.scfhp.com>

Matriz de beneficios cubiertos por el plan de salud

Beneficios*	Servicios	Costo para el miembro (copago) Categoría de ingresos A	Costo para el miembro (copago) Categorías de ingresos B y C
	elegible para los servicios del CCS, el miembro permanece inscrito en el Programa de Healthy Families y continúa recibiendo atención médica de los proveedores participantes para servicios no relacionados con la afección elegible para CCS. El miembro recibirá tratamiento para la afección elegible del CCS por medio de la red especializada de proveedores del CCS o de los centros especializados aprobados por el CCS.		
Servicios quiroprácticos	Se deben obtener de un proveedor participante. El beneficio está limitado a 20 visitas por año de beneficios	\$5 por visita	\$10 por visita
Deducibles	No se cobrarán deducibles por los beneficios cubiertos.		
Máximos vitalicios	No aplican límites de máximo vitalicio sobre los beneficios de este plan.		

*Los beneficios se proporcionan solo para los servicios médicamente necesarios y es posible que necesiten autorización.

**Es posible que el programa California Children's Services (CCS), cubra y pague estos servicios, si se determina que el miembro es elegible para los servicios de CCS.

Descripción de beneficios

Los servicios descritos en esta sección están cubiertos solo si:

- Los servicios son médicamente necesarios
- El PCP del miembro proporciona, receta, dirige, deriva o autoriza los servicios, excepto:
 - Atención de emergencia y servicios de urgencia fuera del área de servicio. Consulte "Emergencias" y "Servicios de atención de urgencia" en la Sección 3
 - Servicios proporcionados por los obstetras/ginecólogos del Programa Healthy Families
 - Afecciones elegibles para los servicios del CCS

NOTA: Los miembros de la Categoría de ingreso A no deben pagar más de \$5 de copago por los servicios cubiertos que aplican, según se describe en la sección de Descripción de beneficios de la EOC.

Servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados

Costo para el miembro

Sin copago.

Descripción

Los servicios hospitalarios generales que se reciban en una habitación de dos o más personas que cuenta con el mobiliario y equipo usuales, alimentación (incluye dietas especiales según sea médicamente necesario) y atención general de enfermería. Los beneficios incluyen todos los servicios auxiliares médicamente necesarios; incluyendo sin limitación:

- Uso de sala de operaciones e instalaciones relacionadas
- Unidad de cuidados intensivos y servicios
- Drogas, medicamentos y sustancias biológicas
- Anestesia y oxígeno
- Diagnóstico, laboratorio y servicios de rayos X
- Enfermería para servicios especiales
- Terapia física, ocupacional y del habla
- Terapia respiratoria
- Administración de la sangre y productos sanguíneos
- Otros servicios de diagnóstico, terapéuticos y de rehabilitación
- Planificación del alta coordinada, incluyendo la planificación de la continuación la atención según sea necesario

Exclusiones

Se excluyen los artículos personales o de comodidad, así como una habitación privada en un hospital, a menos que exista una necesidad médica. Se excluyen los servicios de dentistas o de cirujanos dentales para procedimientos dentales.

Servicios hospitalarios ambulatorios

Costo para el miembro

Sin copago excepto:

- \$5 a \$10 por visita para terapia física, ocupacional o del habla, realizada a un paciente ambulatorio.
- \$5 a \$15 por visita para servicios de atención médica de emergencia; el pago se exonera si el miembro es hospitalizado.

Descripción

Los servicios de diagnóstico, terapéuticos y quirúrgicos que se realicen en un hospital o centro de salud para pacientes ambulatorios, incluyendo:

- Terapia ocupacional, física y del habla según sea apropiado
- Servicios de hospital que se pueden proporcionar razonablemente de manera ambulatoria
- Servicios y materiales relacionados con los servicios para pacientes ambulatorios e incluyen sala de operaciones, sala de tratamiento, servicios auxiliares y medicamentos suministrados por el hospital o el centro de salud para su uso durante la permanencia del miembro en el centro
- Los servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados o ambulatorios incluyen la cobertura de anestesia general y de los cargos relacionados con los centros de salud, así como los servicios para pacientes ambulatorios en relación con procedimientos dentales, cuando es necesario el uso de un hospital o centro de cirugía debido a la afección médica o al estado clínico del miembro o debido a la severidad del procedimiento dental. Este beneficio solo está disponible para miembros menores de siete (7) años de edad, personas con discapacidades del desarrollo sin importar la edad, personas cuya salud está comprometida y para quienes la anestesia general sea médicamente necesaria, sin importar la edad. El SCFHP coordinará estos servicios con el plan dental participante del miembro.

Exclusiones

Se excluyen los servicios de dentistas o de cirujanos dentales para procedimientos dentales.

Servicios profesionales

Costo para el miembro

\$5 a \$10 por visita en el consultorio o a domicilio excepto:

- Sin copago por servicios profesionales hospitalarios para pacientes hospitalizados
- Sin copago para cirugía, anestesia, radiación, quimioterapia o tratamientos de diálisis

- Sin copago para los miembros menores de 24 meses de edad
- Sin copago por pruebas de la vista y de la audición o para audífonos

Descripción

Servicios profesionales médicamente necesarios y consultas con un médico u otro proveedor de atención médica autorizado que ejerza dentro del alcance de su licencia. Los servicios profesionales incluyen:

- Cirugía, cirugía asistida y anestesia (para pacientes hospitalizados o pacientes ambulatorios)
 - Visitas al hospital y a centros de enfermería especializada para pacientes hospitalizados
 - Visitas al consultorio de un profesional incluso visitas para exámenes y tratamientos de alergias, terapia de radiación, quimioterapia y tratamiento de diálisis
 - Visitas a domicilio cuando sea médicamente necesario
 - Exámenes oculares, incluso refracciones oculares para determinar la necesidad de lentes correctivos y exámenes oculares de la retina con la pupila dilatada
 - Exámenes auditivos, aparato de corrección auditiva y servicios relacionados incluso evaluación audiológica para medir la extensión de la pérdida de audición y una evaluación de aparato de corrección auditiva para determinar la marca y modelo más apropiadas del aparato de ayuda auditiva
 - Ayudas auditivas: aparatos para un oído o para los dos oídos incluso moldes de oreja, el instrumento de ayuda auditiva, la primera batería, cordones y otro equipo auxiliar. No hay costo por visitas para ajuste, asesoría, adaptación, reparaciones, etc., durante el período de un año después del recibo del aparato de ayuda auditiva con cobertura.

Exclusiones

- Compra de baterías u otro equipo auxiliar, excepto aquel equipo cubierto con la compra inicial del aparato de ayuda auditiva y los costos de los aparatos de corrección auditiva que excedan las especificaciones prescritas para la corrección de la pérdida de la audición
- Baterías, piezas de reemplazo para aparatos de ayuda auditiva o reparación del aparato de ayuda auditiva después del período cubierto de un año de garantía
- Reemplazo de un aparato de ayuda auditiva más de una vez en un período de treinta y seis meses
- Dispositivos auditivos implantados quirúrgicamente

Servicios de salud preventiva

Costo para el miembro

Sin copago

Descripción

Exámenes periódicos de salud, lo que incluye todas las pruebas de diagnóstico y servicios de laboratorio de rutina apropiados para dichos exámenes y consistentes con

las recomendaciones más recientes de Preventive Pediatric Health Care, según lo aprueba la American Academy of Pediatrics y vacunas apropiadas a la edad, incluso las vacunas requeridas para viajes y que son consistentes con la última versión del Recommended Childhood Immunization Schedule/United States, según lo aprueba el Advisory Committee on Immunization Practices.

Los servicios preventivos también incluyen servicios para la detección de enfermedades; incluyendo, pero sin limitarse a:

- Atención de bebé sano durante los primeros dos (2) años de vida, que incluyen las visitas de los recién nacidos al hospital, los exámenes médicos y otras visitas al consultorio
- Varios servicios de planificación familiar voluntaria
- Servicios de anticoncepción
- Atención prenatal
- Exámenes visuales y auditivos
- Pruebas de enfermedades de transmisión sexual (STD)
- Pruebas del virus de inmunodeficiencia humana (VIH)/ síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA)
- Exámenes anuales (examen pélvico, Papanicolau y examen de los senos) y cualquier otro servicio ginecológico de su proveedor de atención primaria o de un proveedor ginecólogo/obstetra (OB/GYN) de nuestro plan (no se requiere la aprobación del proveedor de atención primaria)
- Pruebas periódicas de detección de cáncer médicamente aceptadas, que incluyen sin limitación, los exámenes de detección de cáncer de seno, próstata y cervical
- Servicios de educación de la salud, que incluyen la educación relacionada con la conducta de salud personal, atención médica, cuidado de la salud oral, incluyendo llevar a su hijo al dentista antes de que le salga el primer diente (antes de los 2 años de edad) y recomendaciones para aprovechar al máximo su cobertura de salud.

Limitaciones

La frecuencia de los exámenes periódicos de la salud no se aumentará por razones que no estén relacionadas con las necesidades médicas del miembro, incluso el deseo del miembro de someterse a exámenes médicos adicionales, informes o servicios relacionados con el propósito de obtener o conservar un empleo, autorizaciones, seguro, participación en deportes recreativos o escolares o para el cumplimiento de una orden del tribunal o solicitud escolar, que no tendrán cobertura.

Servicios de diagnóstico de rayos X y de laboratorio

Costo para el miembro

Sin copago

Descripción

Servicios diagnósticos de laboratorio, imágenes diagnósticas y servicios radiológicos diagnósticos y terapéuticos necesarios para evaluar, diagnosticar, tratar y dar seguimiento a la atención de los miembros.

Cuidado de la diabetes

Costo para el miembro

- \$5 a \$10 de copago por visita al consultorio
- Copago por recetas médicas según se describe en la sección “Programa de medicamentos con receta médica”.

Descripción

Equipos y suministros para controlar y tratar la diabetes insulino dependiente y no insulino dependiente y la diabetes gestacional según sea médicamente necesario, aunque los artículos estén disponibles sin receta, incluyendo:

- Los monitores de glucosa en sangre y las cintas para analizar la glucosa en sangre
- La insulina, las bombas de insulina y los suministros necesarios relacionados
- Las cintas de análisis para detectar acetona en orina
- Servicios podiátricos para evitar o tratar complicaciones relacionadas con la diabetes
- Las ayudas visuales, con excepción de anteojos, para ayudar a las personas con problemas de la vista con el control de los niveles de glucosa en la sangre y la dosificación de insulina
- Medicamentos con receta y los suministros necesarios para el tratamiento de la diabetes

La cobertura también incluye la capacitación de autoadministración para pacientes ambulatorios, educación y terapia de nutrición médica necesaria para capacitar a un miembro en la utilización correcta de equipo, materiales y medicamentos, según sean recetados por el proveedor del SCFHP.

Programa de medicamentos recetados

Costo para el miembro

- Sin copago por medicamentos recetados proporcionados en un centro para pacientes internados
- Sin copago para los medicamentos administrados en el consultorio del médico o en un centro de salud para pacientes ambulatorios durante la permanencia del miembro en el centro
- Sin copago por los medicamentos y dispositivos anticonceptivos aprobados por la FDA
- \$5 a \$10 de copago por receta médica por un suministro de medicamentos genéricos hasta para 30 días
- \$5 a \$15 de copago por receta médica por un suministro hasta para 30 días de medicamentos de marca, a menos que no haya un genérico equivalente o si el

uso del medicamento de marca es médicamente necesario, entonces se aplica el copago de \$10.

- \$5 a \$10 de copago por receta médica por un suministro hasta para 90 días de medicamentos genéricos* de mantenimiento* comprados a través de una farmacia selecta.
- \$5 - \$15 de copago por receta hasta un suministro de 90 días para medicamentos de medicamento *de marca* comprados ya sea a través de una farmacia participante o a través del programa de pedido por correo del SCFHP a menos que no haya un equivalente genérico o si el uso del medicamento de marca es médicamente necesario, entonces aplica copago de \$10.

* Los medicamentos de mantenimiento son medicamentos recetados para noventa (90) días o más y generalmente son recetados para afecciones crónicas.

Descripción

- Medicamentos médicamente necesarios cuando sean recetados por un profesional autorizado que actúe dentro del alcance de su licencia. Incluye, pero no se limita a:
- Medicamentos inyectables, agujas y jeringas necesarias para la administración de medicamentos inyectables cubiertos
- Tiras de prueba de glucosa en sangre, tiras de prueba de cetonuria, lancetas y dispositivos de punción de lancetas en cantidades médicamente apropiadas para la supervisión y tratamiento de insulín dependientes, no insulín dependientes dependientes y diabetes de la gestación
- Dispositivos desechables que son necesarios para la administración de medicamentos con cobertura, tales como espaciadores e inhaladores para la administración de medicamentos en aerosol con receta médica y jeringas para medicamentos recetados autoinyectables para pacientes ambulatorios, que no se proporcionan en jeringas previamente llenas. El término "desechable" incluye dispositivos que pueden utilizarse más de una vez antes de ser desechados
- Las vitaminas prenatales y suplementos de flúor incluidos con vitaminas o independientes de las vitaminas que requieren una receta médica
- Medicamentos médicamente necesarios administrados mientras el miembro sea paciente o residente de una casa de reposo, hogar de ancianos, hospital para convalecientes o centros de salud similares cuando los receta un médico del plan en relación con un servicio cubierto y son obtenidos por medio de una farmacia designada por el plan
- Un ciclo del curso del tratamiento de medicamentos para dejar de fumar por año de beneficios. El miembro debe asistir a clases o programas para dejar de fumar además de usar los medicamentos para dejar de fumar
- Los medicamentos anticonceptivos orales e inyectables y los dispositivos anticonceptivos con receta médica aprobados por la FDA tienen cobertura, incluso los anticonceptivos de liberación controlada implantados internamente

Para obtener información relacionada con la cobertura de los medicamentos recetados del SCFHP, consulte "Obtención de los beneficios de farmacia" en la página 21 de este folleto.

Exclusiones

- Medicamentos o medicinas recetados únicamente con fines cosméticos
- Medicamentos con patente o de venta libre, que incluyen jaleas, cremas y espumas anticonceptivas, condones, etc., aun si los receta su médico
- Medicinas que no requieren una receta por escrito (excepto la insulina y medicamentos para dejar de fumar como se describió anteriormente)
- Suplementos alimenticios y alimentos médicos (excepto fórmulas o productos de alimentación especial, para el tratamiento de la fenilcetonuria o PKU), supresores del apetito o cualquier otro medicamento para dietas, a menos que sea médicamente necesario para el tratamiento de la obesidad mórbida
- Medicamentos experimentales o de investigación.

Si el SCFHP rechaza su solicitud de medicamentos recetados con base en la determinación de que el medicamento es experimental o está en investigación, puede solicitar una revisión médica independiente (IMR). Para obtener información sobre el proceso de IMR, consulte el Proceso de reclamos y apelaciones del SCFHP en la página 63.

Equipo médico duradero

Costo para el miembro

Sin copago

Descripción

Equipo médico apropiado para uso en casa que:

1. sirve principalmente un propósito médico,
2. se diseñó para uso repetido y
3. generalmente no es útil a una persona que no tenga enfermedad o lesión

El SCFHP puede determinar si se alquila o se compra dicho equipo. La reparación o reemplazo tienen cobertura, a menos que se necesiten por uso indebido o extravío. El equipo médico duradero incluye, sin limitación:

- Oxígeno y equipo para oxígeno
- Sillas de ruedas
- Camas de hospital
- Monitores de apnea
- Nebulizadores, máscaras para el rostro, tubos, materiales relacionados, espaciadores para inhaladores de dosis medidas y medidores de flujo de exhalación
- Bolsas para ostomía y sondas urinarias y materiales

Exclusiones

- Artículos para comodidad o conveniencia

- Materiales desechables, tales como pañales
- Equipo para ejercicios y artículos para la higiene
- Equipo experimental o de investigación
- Dispositivos de naturaleza no médica, como baños sauna y elevadores o modificaciones al hogar o automóvil
- Equipo de lujo
- Más de un artículo de equipo que cumpla con la misma función, tal como una silla de ruedas o transporte motorizado

Ortótica y prótesis

Costo para el miembro

Sin copago

Descripción

Los beneficios de ortopedia y prótesis incluyen dispositivos originales y de reemplazo, que incluyen sin limitación:

- Dispositivos protésicos y ortopédicos médicamente necesarios según lo receta un profesional autorizado que actúa dentro del alcance de su licencia
- Dispositivos protésicos iniciales y subsiguientes, así como los accesorios de instalación para restaurar un método de habla debido a una laringotomía
- Aparatos protésicos para restaurar y lograr simetría debido a una mastectomía

Los artículos cubiertos deben ser recetados por un médico, autorizados por el SCFHP y proporcionados por un proveedor participante. Se proporcionan las reparaciones a menos que sean necesarias por mal uso o pérdida. El SCFHP, a su elección, puede reemplazar o reparar un artículo.

Exclusión

- Zapatos correctivos, alzas en los zapatos y soportes para arco, excepto el calzado terapéutico y alzas para personas con diabetes
- Dispositivos no rígidos como soportes elásticos para rodilla, fajas, calcetines elásticos y cinturones elásticos
- Aparatos dentales
- Máquinas electrónicas para la producción de voz
- Más de un aparato para la misma parte del cuerpo
- Anteojos (excepto anteojos o lentes de contacto necesarios después de la cirugía de catarata)

Lentes y anteojos para cataratas

Costo para el miembro

Sin copago

Descripción

Los anteojos y los lentes para catarata, lentes de contacto para catarata o lentes intraoculares que reemplazan el lente natural del ojo después de una cirugía de

catarata están cubiertos. Los beneficios también incluyen un par de anteojos convencionales o lentes de contacto convencionales, si es necesario, después de la cirugía de catarata con inserción de un lente intraocular.

Atención por maternidad

Costo para el miembro

Sin copago

Descripción

Los servicios profesionales y de hospital médicamente necesarios relacionados con la atención de maternidad tienen cobertura, incluyendo:

- Atención prenatal y posparto, incluso complicaciones del embarazo
- Exámenes al recién nacido y atención de enfermería mientras la madre está hospitalizada
- Diagnóstico prenatal de trastornos genéticos del feto por medio de procedimientos diagnósticos en casos de embarazo de alto riesgo
- Asesoría para nutrición, educación de la salud y necesidades de apoyo
- Atención de trabajo y parto, incluso servicios de partera
- La cobertura incluye la participación en el programa de exámenes prenatales en todo el estado, administrado por el State Department of Health Services conocido como Expanded Alpha Feto Protein Program
- La atención de hospital para pacientes hospitalizados se proporcionará durante 48 horas después de un parto vaginal normal y durante 96 horas después de un parto por operación cesárea, a menos que el SCFHP autorice una permanencia extendida. Usted no necesita autorización específica para permanecer en el hospital 48 horas después de un parto vaginal o 96 horas después de un parto por cesárea y puede permanecer en el hospital durante estos períodos a menos que su médico decida lo contrario. Si después de consultarlo con usted, su médico decide darle de alta antes del período de 48 ó 96 horas, el SCFHP cubrirá una visita de seguimiento posterior al alta antes de transcurridas 48 horas después del alta, cuando la recete su médico. La visita incluye educación para los padres, asistencia y capacitación en lactancia materna o con biberón y la realización de cualquier evaluación física necesaria a la madre o al recién nacido. El médico y usted deciden si la visita posterior al alta ocurrirá en casa, en el hospital o en el consultorio del médico, dependiendo de la mejor opción para usted.

Servicios de planificación familiar

Costo para el miembro

Sin copago

Descripción

Los servicios de planificación familiar voluntaria tienen cobertura, lo que incluye:

- Asesoría y procedimientos quirúrgicos para esterilización, de acuerdo con las leyes estatales y federales

- Diafragmas
- Cobertura de otros dispositivos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos que persigan el beneficio del medicamento con receta médica
- Terminación voluntaria del embarazo

NOTA: Algunos hospitales y otros proveedores no proporcionan uno o más de los servicios siguientes: planificación familiar, servicios anticonceptivos, incluso anticonceptivos de emergencia; esterilización, incluso ligadura de trompas al momento del trabajo y parto; tratamientos de infertilidad o aborto. Llame a su posible médico, grupo médico, asociación de práctica independiente o clínica, o bien, llame a Servicios a los miembros del SCFHP para asegurarse de que usted puede obtener los servicios atención médica que necesita.

Servicios de traslado médico

Costo para el miembro

Sin copago

Descripción

El transporte de emergencia en ambulancia al primer hospital que acepte al miembro para atención de emergencia tiene cobertura en relación con los servicios de emergencia. Incluye los servicios de ambulancia y transporte en ambulancia proporcionados por medio del sistema de respuesta a emergencias “911”. También incluye el transporte en casos que no sean de emergencia para su traslado de un hospital a otro hospital o a un centro de salud, o del centro de salud a su casa, cuando el transporte es:

1. Medicamento necesario y
2. Solicitado por un proveedor participante y
3. Autorización previa del SCFHP.

Exclusión

Cobertura del transporte público, que incluye el transporte por avión, vehículo de pasajeros, taxi u otras formas de transporte público.

Servicios médicos de emergencia

Costo para el miembro

\$5 a \$15 de copago por visita. El copago se exonera si el miembro es hospitalizado.

Descripción

La atención de veinticuatro horas está cubierta para una afección médica de emergencia. Una afección médica de emergencia es una afección médica o psiquiátrica, que incluye el trabajo de parto activo o el dolor agudo, que se manifiesta por síntomas agudos de severidad suficiente para que la falta de atención médica inmediata razonablemente provoque cualquiera de las siguientes situaciones:

- Poner la salud del miembro en serio peligro u
- Ocasionar grave incapacidad a las funciones orgánicas del miembro, u

- Ocasionar una disfunción grave de cualquiera de los órganos o partes de su cuerpo.
- Se proporciona cobertura tanto dentro como fuera del área de servicio del SCFHP y en centros de salud participantes y no participantes.

Atención de salud mental (proporcionada por el SCFHP o sus contratistas)

Diagnóstico y tratamiento de una afección de salud mental. Si cree que su hijo podría tener una afección de salud mental, el SCFHP le proporcionará la información para obtener servicios para su hijo. Llame a Servicios a los miembros del SCFHP para enterarse acerca de lo que debe hacer para obtener servicios para su hijo.

Servicios de salud mental para pacientes hospitalizados

Costo para el miembro

Sin copago

Descripción

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

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

- Esquizofrenia
- Trastorno esquizoafectivo
- Trastorno bipolar (enfermedad maníaco depresiva)
- Trastorno depresivos mayores
- Trastorno de pánico
- Trastorno obsesivo compulsivo
- Trastorno profundo del desarrollo o autismo
- Anorexia nervosa
- Bulimia nervosa

Trastorno emocional grave (SED)

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

El SCFHP proporcionará todos los servicios cubiertos médicamente necesarios hasta que el County Mental Health Department determine la elegibilidad del menor con afección de SED y proporcione los servicios médicamente necesarios para el tratamiento de la afección de SED.

El SCFHP y el County Mental Health Department coordinarán los servicios para asegurar que los servicios y los tratamientos médicamente necesarios se proporcionen al miembro que tiene una afección de SED.

El miembro permanecerá inscrito en el Programa Healthy Families y continuará recibiendo del SCFHP la atención primaria, la atención especializada y todos los demás servicios cubiertos para afecciones médicas no relacionadas con la afección de SED. Para obtener más información sobre el diagnóstico de SED y los beneficios de tratamiento, consulte “Coordinación de servicios” en la página 58

Servicios de salud mental para pacientes ambulatorios

Costo para el miembro

\$5 a \$10 por visita (no aplica a SED)

Descripción

Servicios de atención de salud mental cuando son ordenados y realizados por un proveedor participante. El SCFHP debe dar la autorización previa para los servicios de atención de salud mental de pacientes ambulatorios.

Incluye, pero no se limita al tratamiento para miembros que han experimentado disfunción familiar o trauma, que incluye abandono o abuso infantil, violencia doméstica, abuso de sustancias en la familia, divorcio o duelo.

La participación de los miembros de la familia en el tratamiento, al grado que el proveedor determine que es apropiado para la salud y la recuperación del miembro

Incluye, pero no se limita a los servicios de atención de salud mental de pacientes ambulatorios para el tratamiento de enfermedades mentales graves (SMI). Los ejemplos de SMI incluyen pero no se limitan a:

- Esquizofrenia
- Trastorno esquizoafectivo
- Trastorno bipolar (enfermedad maníaco depresiva)
- Trastorno depresivos mayores
- Trastorno de pánico
- Trastorno obsesivo compulsivo
- Trastorno profundo del desarrollo o autismo
- Anorexia nervosa
- Bulimia nervosa

Trastorno emocional grave (SED)

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

El County Mental Health Department puede proporcionar a los miembros que tienen trastorno emocional grave (SED) los servicios profesionales ambulatorios y relacionados con la afección de SED. El SCFHP puede derivar al miembro al County Mental Health Department para el tratamiento de SED. El SCFHP debe proporcionar todos los servicios cubiertos, que sean médicamente necesarios hasta que el County Mental Health Department determine la elegibilidad del miembro con SED y proporcione los servicios médicamente necesarios para el tratamiento de la afección de SED. El SCFHP y el County Mental Health Department coordinarán los servicios para asegurar que los servicios y los tratamientos médicamente necesarios se proporcionen al miembro que tiene una afección de SED.

El miembro permanecerá inscrito en el Programa Healthy Families y continuará recibiendo del SCFHP la atención primaria, la atención especializada y todos los demás servicios con cobertura para afecciones médicas no relacionadas con la afección de SED. Para obtener más información sobre el diagnóstico de SED y los beneficios de tratamiento, consulte "Coordinación de servicios" en la página 58.

Tratamiento por abuso de sustancias (proporcionado por el plan o sus contratistas)

Diagnóstico y tratamiento del abuso de sustancias. Si cree que su hijo podría tener una situación de abuso de sustancias, el SCFHP le proporcionará la información para obtener servicios para su hijo. Llame a Servicios a los miembros del SCFHP para enterarse acerca de lo que debe hacer para obtener servicios para su hijo.

Tratamiento de pacientes hospitalizados por abuso de alcohol y drogas

Costo para el miembro

Sin copago

Descripción

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

Tratamiento de pacientes ambulatorios por abuso de alcohol y drogas

Costo para el miembro

\$5 a \$10 por visita

Descripción

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

Servicios de Atención Domiciliaria

Costo para el miembro

Sin copago, excepto un copago de \$5 a \$10 por visita para terapia física, ocupacional y del habla realizada en el hogar.

Descripción

Servicios de salud proporcionados en el hogar por personal de atención médica. Los beneficios pueden incluir:

- Visitas de enfermeras tituladas (RN), auxiliares de enfermería (LVN) y auxiliares de atención en el hogar
- Terapia física, ocupacional y del habla
- Terapia respiratoria cuando la receta un proveedor participante autorizado, que actúa dentro del alcance de su licencia

Limitaciones

Los servicios de atención médica en el hogar están limitados a los servicios que son recetados o dirigidos por el proveedor de atención primaria del miembro u otra autoridad apropiada designada por el SCFHP.

Si un servicio médico básico puede proporcionarse en más de un centro de salud adecuado, queda a discreción del proveedor de atención primaria del miembro o de otra autoridad adecuada designada por el SCFHP la selección del centro que proporcione la atención.

El SCFHP ejercerá administración prudente del caso médico para asegurarse de que se está proporcionando la atención en el centro adecuado.

Exclusión

Asistencia de apoyo

Atención de Enfermería Especializada

Costo para el miembro

Sin copago

Descripción

Servicios médicamente necesarios recetados por un proveedor participante y proporcionados en un centro autorizado de enfermería especializada. Los beneficios incluyen:

- Enfermería especializada las 24 horas del día
- Alimentación y alojamiento
- Exámenes de laboratorio y radiografías
- Terapia respiratoria
- Terapia física, ocupacional y del habla
- Servicios sociales médicos
- Medicamentos y drogas recetados
- Suministros médicos
- Aparatos y equipo que normalmente proporciona el centro de enfermería especializada

Limitación

Este beneficio está limitado a un máximo de cien (100) días por año de beneficios.

Exclusión

Asistencia de apoyo

Terapia física, ocupacional y del habla

Costo para el miembro

Sin copago para terapia de pacientes hospitalizados, incluyendo los servicios recibidos en un centro de enfermería especializada.

\$5 a \$10 de copago por visita de terapia cuando se recibe en el hogar o en otro centro para pacientes ambulatorios.

Descripción

La terapia debe ser médicamente necesaria. La terapia se puede proporcionar en un consultorio médico o en otro centro de salud adecuado para pacientes ambulatorios, hospital, centro de enfermería especializada o en el hogar. El SCFHP puede requerir evaluaciones periódicas por el tiempo que dure la terapia.

Servicios quiroprácticos

Costo para el miembro

\$5 a \$10 de copago por visita

Descripción

Los servicios quiroprácticos no requieren de una autorización del proveedor de atención primaria del miembro o de otro proveedor de atención médica. Los servicios se deben obtener de un proveedor participante.

Limitación

El tratamiento está limitado a un máximo de veinte (20) visitas por año de beneficios.

Sangre y productos sanguíneos

Costo para el miembro

Sin copago

Descripción

El beneficio incluye el procesamiento, almacenamiento y administración de sangre y productos sanguíneos en condiciones de hospitalización y de atención para pacientes ambulatorios. También incluye la recolección y almacenamiento de sangre autóloga cuando sea médicamente necesario.

Educación en salud

Costo para el miembro

Sin copago

Descripción

El beneficio incluye los servicios de educación de la salud, que incluyen educación relacionada con la conducta de salud personal y atención médica, así como recomendaciones relacionadas con el uso óptimo de los servicios de atención médica proporcionados por el SCFHP o por organizaciones de atención médica afiliadas al SCFHP.

Cuidados paliativos

Costo para el miembro

Sin copago

Descripción

El beneficio de cuidados paliativos se proporciona a un miembro si se le diagnostica una enfermedad terminal con una expectativa de vida de doce meses o menos y elige recibir atención en un centro de cuidados paliativos para dicha enfermedad, en lugar de los servicios tradicionales, que tienen cobertura del plan. Los servicios y cuidados paliativos proporcionados en el hogar por un proveedor participante autorizado que son:

- Diseñados para proporcionar cuidados paliativos y de apoyo a personas que han sido diagnosticadas con una enfermedad terminal y las afecciones relacionadas. Los cuidados paliativos no incluyen los esfuerzos para curar la enfermedad;
- Dirigidos y coordinados por profesionales médicos;
- Autorización previa del SCFHP.

El beneficio de cuidados paliativos incluye:

- Atención de enfermería
- Servicios sociales médicos
- Servicios de asistencia de salud en el hogar
- Los servicios de un médico, medicamentos, suministros y dispositivos médicos, consejería y servicios de manejo del luto
- Atención de corto plazo para el control del dolor y manejo de síntomas de pacientes hospitalizados
- Medicamentos paliativos recetados para mitigar el dolor y controlar los síntomas de una enfermedad terminal
- Servicios de tareas domésticas y cuidado temporal de reemplazo

Para los miembros que seleccionen los cuidados paliativos, el SCFHP continuará cubriendo todos los demás servicios médicamente necesarios, según se detalla en esta EOC.

Un miembro puede elegir dejar de recibir los cuidados paliativos en cualquier momento.

Exclusiones y limitaciones

El beneficio de cuidados paliativos se limita a los miembros que se encuentran en las últimas etapas de su vida debido a una enfermedad terminal y que eligen recibir atención en un centro de cuidados paliativos en lugar de los servicios tradicionales, que tienen cobertura del plan. Los servicios de cuidados paliativos que preste un proveedor no participante no tienen cobertura.

Trasplantes de órganos

Costo para el miembro

Sin copago

Descripción

Los beneficios incluyen la cobertura de trasplantes de órganos médicamente necesarios y trasplantes de médula ósea que no sean experimentales ni de investigación. El beneficio incluye el pago de:

Gastos médicos y hospitalarios médicamente necesarios de un donante o de una persona identificada como posible donante, si estos gastos están directamente relacionados con el trasplante para un miembro

Pruebas a parientes del miembro para determinar si la médula ósea es compatible para trasplante

Búsqueda y pruebas no relacionadas con donantes de médula ósea por medio de un registro de donantes reconocido

Los cargos relacionados con la obtención de órganos de donantes por medio de un banco de órganos para trasplante tienen cobertura si los gastos están directamente relacionados con el trasplante previsto del miembro

El programa California Children's Services (CCS) puede cubrir y pagar estos servicios, en lugar del SCFHP, si se determina que el miembro es elegible para los servicios de CCS. El SCFHP coordinará estos servicios con el CCS en nombre del miembro. Para obtener más información sobre el programa CCS, consulte "Coordinación de servicios" en la página 58.

Si el SCFHP rechaza su solicitud de trasplante de órgano con base en la determinación de que el servicio es experimental o de investigación, puede solicitar una revisión médica independiente (IMR). Para obtener información sobre el proceso de IMR, consulte el Proceso de reclamos y apelaciones del SCFHP en la página 63.

Cirugía reconstructiva

Costo para el miembro

Sin copago

Descripción

Los servicios de cirugía reconstructiva médicamente necesarios realizados en estructuras anormales del organismo ocasionadas por defectos congénitos, anomalías del desarrollo, traumatismos, infección, tumores o enfermedades y que se realizan para mejorar la función o crear una apariencia normal en la medida de lo posible. Este beneficio incluye la cirugía reconstructiva para regenerar y lograr simetría debido a una mastectomía. Incluye los servicios dentales o de ortodoncia médicamente necesarios que son parte integral de los procedimientos y servicios de cirugía reconstructiva del paladar hendido. El programa California Children's Services (CCS) puede proporcionar el tratamiento del paladar hendido cuando el Plan hace la derivación y se encarga de coordinar con el programa local de CCS. Sin embargo, el Plan es responsable de proporcionar los servicios si el menor no es elegible para CCS, o el programa de CCS no autoriza o proporciona los servicios. Lea la página 58 de este folleto para obtener más información acerca del programa de CCS.

Fenilcetonuria (PKU)

Costo para el miembro

Sin copago

Descripción

Pruebas y tratamiento de PKU, incluyendo las fórmulas y productos alimenticios especiales que forman parte de una dieta prescrita por un médico autorizado y administrada por un profesional de atención médica en consulta con un médico que se

especialice en el tratamiento de enfermedades metabólicas y que participe en el plan o que esté autorizado por el SCFHP, siempre que la dieta se considere médicamente necesaria para evitar el desarrollo de discapacidades físicas o mentales graves o para promover el desarrollo o función normal como consecuencia de PKU.

Ensayos Clínicos de Cáncer

Costo para el miembro

\$5 a \$10 de copago por visita al consultorio

Copago por recetas médicas según se describe en la sección “Programa de medicamentos con receta médica”.

Descripción

Cobertura por la participación del miembro en un estudio clínico sobre el cáncer, de Fase I a IV, cuando el médico del miembro haya recomendado su participación en el estudio y el miembro cumpla los siguientes requisitos:

El miembro debe tener un diagnóstico de cáncer

El miembro debe ser aceptado en un estudio del cáncer en la Fase I, Fase II, Fase III o Fase IV

El médico tratante del miembro, que proporciona los servicios cubiertos, debe recomendar su participación en el estudio clínico después de determinar que la participación tendrá un potencial beneficio significativo para el miembro y

El estudio debe cumplir con los siguientes requisitos:

1. Los estudios deben tener un propósito terapéutico con documentación proporcionada por el médico y
2. El tratamiento que se proporciona debe ser aprobado por uno de los siguientes:
1) Instituto Nacional de Salud, la Administración Federal de Medicamentos y Alimentos, el Departamento de Defensa de los Estados Unidos o el Departamento de Asuntos de Veteranos o 2) involucrar un medicamento que esté exento según las normas federales de aplicación de un nuevo medicamento

Los beneficios incluyen el pago de los costos relacionados con la provisión de atención rutinaria de pacientes, incluso medicamentos, dispositivos y servicios que de otro modo tendrían cobertura si no se proporcionaran en conexión con un programa aprobado del estudio clínico. Los costos de rutina de pacientes para estudios clínicos de cáncer incluyen:

Servicios de atención médica requeridos para el suministro del medicamento, artículo, aparato o servicio en investigación

Servicios de atención médica requeridos para la supervisión clínica apropiada del medicamento, artículo, dispositivo o servicio de investigación

Servicios de atención médica proporcionados para la prevención de complicaciones que surjan de la provisión del medicamento, artículo, dispositivo o servicio de investigación

Servicios de atención médica necesarios para la atención razonable y necesaria que surja de la provisión del medicamento, artículo, dispositivo o servicio de investigación, incluso el diagnóstico y tratamiento de complicaciones

Exclusiones

Provisión de medicamentos o dispositivos no aprobados por la FDA que están sujetos al estudio

Servicios aparte de los servicios de atención médica, como viajes, alojamiento y otros gastos no clínicos en que usted pueda incurrir por participar en el estudio

Cualquier artículo o servicio proporcionado únicamente para satisfacer la recolección de datos y necesidades de análisis y que no se utilice en el manejo clínico del paciente

Servicios de atención médica que de otro modo no son un beneficio (aparte de los excluidos basándose en que son experimentales o que se encuentran de investigación)

Servicios de atención médica que generalmente son proporcionados por los patrocinadores de la investigación sin cargo para cualquiera que se inscriba en las pruebas

La cobertura de los estudios clínicos puede estar restringida a hospitales y médicos participantes en California, a menos que el protocolo del estudio no sea suministrado en California.

Beneficios máximos anuales o vitalicios

No debe haber beneficios máximos anuales o vitalicios en ninguna cobertura del programa.

Coordinación de servicios

California Children's Services (CCS)

Como parte de los servicios que se proporcionan a través del Programa Healthy Families, los miembros que necesitan atención médica especializada pueden ser elegibles para recibir servicios a través del programa California Children's Services (CCS).

El CCS es un programa médico de California que trata a niños con ciertas condiciones discapacitantes y que necesitan atención médica especializada. Este programa está disponible para todos los niños de California cuyas familias cumplan con ciertos requisitos médicos, financieros y residenciales de elegibilidad. Se considera que todos los niños afiliados al Programa Healthy Families han cumplido con los requisitos financieros de elegibilidad del programa de CCS. La oficina CCS del condado coordina los servicios prestados a través del programa CCS.

Si un proveedor de atención primaria de un miembro sospecha o identifica una posible afección elegible para CCS, debe derivar al miembro al programa CCS de su localidad. El SCFHP puede ayudar con esta derivación médica. El SCFHP también hará una derivación médica al CCS cuando un proveedor de atención primaria le haga una derivación médica al miembro a un especialista o cuando exista una admisión como paciente hospitalizado que aparentemente involucre la atención de una afección elegible para CCS. El programa CCS determinará si la afección del miembro es elegible para los servicios de CCS.

Si se determina que la afección del miembro es elegible para servicios del CCS, y el miembro está recibiendo tratamiento del CCS por la afección elegible, el miembro permanece inscrito en el Programa de Healthy Families. Se le hará una derivación médica y debe recibir tratamiento para la afección elegible para CCS por medio de una red especializada de proveedores de CCS o de centros de especialidades aprobados por CCS. Estos proveedores y centros especializados de CCS están altamente capacitados para tratar las afecciones elegibles para CCS. Los servicios de CCS se deben recibir de proveedores seleccionados y el pago por servicios elegibles de CCS obtenidos de proveedores no seleccionados por CCS será responsabilidad del tutor legal del miembro.

El SCFHP continuará proporcionando la atención primaria, los servicios preventivos y cualquier otro servicio no relacionado con la afección elegible de CCS según se describe en este folleto. El SCFHP también trabajará con el programa CCS y los proveedores para coordinar la atención que proporciona tanto el programa CCS como el SCFHP. Si se determina que una afección no es elegible para los servicios del programa de CCS, el miembro continuará recibiendo del SCFHP todos los servicios médicamente necesarios.

Aunque todos los niños inscritos en el Programa Healthy Families son considerados financieramente elegibles para el programa de CCS, la oficina de CCS debe verificar el estado residencial de cada niño del programa de CCS. Si a un miembro se le hace una derivación médica al programa de CCS, se pedirá al tutor legal del miembro que llene una corta solicitud para verificar el estado residencial y asegurar la coordinación de atención del miembro después de haber realizado la derivación.

Para obtener información adicional acerca del programa CCS llame a Servicio al Miembro del SCFHP o al programa local CCS del condado al 1-408-793-6200.

Beneficios de salud mental del condado para niños con trastornos emocionales graves (SED)

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

- Serios problemas para comer o dormir
- Llanto o tristeza frecuentes
- Dice cosas que le preocupan a usted
- Se comporta de formas que ocasionan problemas serios en la familia y en la escuela
- Tiene problemas constantes o frecuentes con compañeros de juego y amigos
- Se lastima a sí mismo y a los demás a propósito

Como parte de los servicios proporcionados por medio del Programa Healthy Families, los miembros que necesitan servicios especializados de salud mental por una afección de trastorno emocional grave (SED) serán derivados para una evaluación de SED en el County Mental Health Department de su condado. Tanto el proveedor de atención primaria como el SCFHP pueden hacer la derivación del miembro. Los padres también pueden derivar a su hijo directamente al County Mental Health Department si los padres sospechan que su hijo tiene cualquiera de las afecciones que se enumeran a continuación. El especialista clínico de salud mental del condado tomará la decisión final al determinar si el niño cumple con los criterios de SED.

¿Qué es un trastorno emocional grave (SED)?

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

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

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

Si se determina que un miembro tiene una afección de SED, el County Mental Health Department proporcionará la atención para dicha afección. El SCFHP puede derivar al

miembro al County Mental Health Department para el tratamiento de SED. Si el County Mental Health Department no puede proporcionar los servicios al momento de la derivación, el SCFHP se asegurará que el miembro reciba los servicios médicamente necesarios. El miembro permanecerá inscrito en el Programa Healthy Families y continuará recibiendo del SCFHP la atención primaria, la atención especializada y todos los demás servicios con cobertura para afecciones médicas no relacionadas con la afección de SED.

Si un miembro **no** cumple con los criterios de SED, continuará recibiendo del SCFHP todos los servicios de atención médica médicamente necesarios, sujetos a las limitaciones que apliquen.

Cuando se determina que un miembro tiene una afección de SED y el tutor legal del miembro rechaza los servicios del County Mental Health Department y busca tratamiento con otros proveedores (incluyendo los servicios del SCFHP), el tutor legal será responsable del pago de los servicios.

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

- Visitas como paciente ambulatorio para el tratamiento de SED
- Atención de salud mental para pacientes hospitalizados cubierta a través del SCFHP
- Programas de tratamiento diurno
- Terapia individual o familiar
- Todos los medicamentos recetados para tratar la afección de SED
- Asistencia con orientación para el manejo de medicamentos relacionados con la afección de SED

Para obtener información adicional sobre los servicios para niños que tengan una afección de SED, comuníquese con el County Mental Health Department. El número de teléfono del County Mental Health Department es el 408-885-5770

Beneficios excluidos

Los siguientes beneficios de salud están excluidos del Programa Healthy Families del SCFHP:

1. Cualquier servicio o artículo específicamente excluido en la sección Descripción de beneficios.
2. Cualquier beneficio que exceda los límites especificados en la sección Descripción de beneficios.
3. Servicios, suministros, artículos, procedimientos o equipo que no sea médicamente necesario, a menos que se especifique lo contrario en la sección Descripción de beneficios.
4. Servicios que se recibieron antes de la fecha de vigencia de su cobertura. Esta exclusión no se aplica a los servicios cubiertos para tratar las complicaciones que surjan de los servicios recibidos antes de la fecha de vigencia de su cobertura.
5. Cualquier servicio que se reciba después de que termine la cobertura.
6. Servicios experimentales o de investigación, que incluyen cualquier tratamiento, terapia, procedimiento, medicamentos o uso de los mismos, centro de salud o el uso del mismo, equipo o uso del mismo, dispositivos o uso de los mismos o materiales que no sean reconocidos que cumplan con los estándares médicos profesionales generalmente aceptados o para los que se no se ha determinado la seguridad y eficacia en el tratamiento de una enfermedad, lesión o afección médica para la que se recomienda el uso del artículo o servicio en cuestión.
7. Servicios médicos que se reciben en un centro de atención de emergencia por afecciones que no son de emergencia si razonablemente debió saber que esa situación de emergencia no existió.
8. Anteojos, excepto los anteojos o lentes de contacto necesarios después de la cirugía de catarata que tienen cobertura del beneficio “Anteojos y lentes para catarata”.
9. El diagnóstico y tratamiento de infertilidad no tienen cobertura, a menos que se proporcionen en conjunto con los servicios ginecológicos cubiertos. Los tratamientos de afecciones médicas del sistema reproductivo no están excluidos.
10. Los beneficios de atención de largo plazo, incluyendo la atención de enfermería especializada de largo plazo en un centro de salud autorizado y el cuidado temporal de reemplazo están excluidos excepto cuando el SCFHP determine que son alternativas satisfactorias y menos costosas de los beneficios básicos mínimos. Esta sección no excluye los beneficios de atención de enfermeras calificadas a corto plazo o de centro de cuidados paliativos según se estipula de acuerdo con los beneficios de “Centro de enfermería especializada” y “Centro de cuidados paliativos”.
11. Se proporciona o se paga el tratamiento de cualquier lesión corporal o enfermedad que surja de o se mantenga en el curso de cualquier ocupación o empleo para compensación, beneficio o ganancia para la que se proporcionan los beneficios según cualquier plan de beneficios de compensación al trabajador. El SCFHP debe

proporcionar los servicios al momento que se necesiten y el miembro o su tutor legal debe cooperar para asegurarse de que el SCFHP reciba el reembolso por esos beneficios.

12. Los servicios que son elegibles para reembolso por seguro o que tienen cobertura de cualquier otro plan de seguro o de servicio de atención médica. El SCFHP debe proporcionar los servicios al momento que se necesiten y el miembro o su tutor legal debe cooperar para asegurarse de que el SCFHP reciba el reembolso por esos beneficios.
13. Cirugía cosmética que se realiza para alterar o modificar las estructuras normales del cuerpo para mejorar la apariencia.
14. Los alimentos médicos o complementos alimenticios que se administran por vía oral o enteral para el tratamiento de una enfermedad médica se excluyen de la cobertura, excepto para el tratamiento de PKU y los productos enterales para niños menores de 12 años de edad que están gravemente discapacitados, lo que se explica de mejor manera en la página 55.

Proceso de reclamos y apelaciones

Nuestro compromiso con usted es asegurar no solo la calidad de la atención, sino también la calidad en el proceso del tratamiento. Esta calidad del tratamiento se extiende desde los servicios profesionales que proporcionan los proveedores participantes, hasta la cortesía con que le atienden nuestros representantes telefónicos.

Si tiene alguna duda sobre los servicios que recibió de un proveedor participante, le recomendamos que primero discuta la situación con su proveedor. Si continúa teniendo alguna inquietud respecto a cualquier servicio que recibió, llame a Servicios a los miembros del SCFHP.

Reclamo

Puede presentar un reclamo al SCFHP o a su proveedor dentro de un plazo de ciento ochenta (180) días a partir de la fecha en que haya ocurrido el incidente o la acción que ocasionaron su molestia. Puede obtener una copia de la política y el procedimiento de los reclamos llamando a Servicios a los miembros del SCFHP. Para iniciar el proceso de reclamos, puede llamar, escribir, enviar un correo electrónico o un fax al SCFHP a:

Santa Clara Family Health Plan
210 East Hacienda Avenue
Campbell, CA 95008
1-800-260-2055
1-408-874-1962 (fax)
GrievanceDepartment@scfhp.com (correo electrónico)
<http://www.scfhp.com>

El SCFHP acusará recibo de su reclamo en los próximos cinco (5) días y lo resolverá en un plazo de treinta (30) días. Si su reclamo involucra una amenaza grave e inminente para su salud, incluyendo, sin limitación, dolor severo, pérdida potencial de la vida, una extremidad o una función corporal principal; usted o su proveedor puede solicitar que el SCFHP que agilice la revisión de su reclamo. El SCFHP evaluará su solicitud de revisión urgente, y si su reclamo califica como reclamo urgente, resolveremos su reclamo en un plazo de tres (3) días a partir de la recepción de su solicitud.

No necesita presentar un reclamo al SCFHP antes solicitar al Department of Managed Health Care que revise su caso de manera urgente. Si decide presentar un reclamo al SCFHP y solicita una revisión urgente, el SCFHP le avisará de inmediato y por escrito que:

Usted tiene derecho a avisar al Department of Managed Health Care sobre su reclamo que involucra una amenaza grave e inminente a la salud y

Le responderemos a usted y al Department of Managed Health Care con una declaración por escrito de la condición pendiente o la disposición del reclamo a más tardar 72 horas después de que recibamos su solicitud de revisión urgente de su reclamo.

Proceso de revisión médica independiente

Si la atención médica que se solicitó para usted es denegada, demorada o modificada por el SCFHP o por un proveedor participante, usted podría ser elegible para una revisión médica independiente (IMR). Si su caso es elegible y usted presenta una solicitud de IMR al Department of Managed Health Care (DMHC), se enviará la información relacionada con su caso al especialista médico que revisará la información proporcionada y tomará una determinación independiente de su caso. Usted recibirá una copia de la determinación. Si el especialista de la IMR lo determina así, el SCFHP proporcionará la cobertura de los servicios de atención médica.

La IMR está disponible en las siguientes situaciones:

1. (a) Su proveedor ha recomendado un servicio de atención médica por considerarlo médicamente necesario o
(b) Usted ha recibido servicios de atención de urgencia o servicios de emergencia que un proveedor determinó como médicamente necesarios o
(c) Usted consultó a un proveedor participante respecto del diagnóstico o tratamiento de una afección médica para la que usted solicita la revisión independiente y
2. La atención médica en discusión fue denegada, modificada o demorada por el SCFHP o alguno de sus proveedores participantes, aduciendo que tal decisión se debía, en parte o en su totalidad, a que esos servicios médicos no eran médicamente necesarios y
3. Ha presentado un reclamo al SCFHP y la decisión sobre el servicio médico impugnado está en suspenso, o el reclamo sigue sin resolución después de 30 días calendario.

Si su reclamo califica para una revisión urgente, no es obligatorio que presente un reclamo ante el SCFHP antes de solicitar una IMR. Además, el DMHC puede eliminar el requisito de que usted siga el proceso de reclamos del SCFHP en casos extraordinarios y que lo ameriten.

Para los casos que no son urgentes, la organización a cargo de la IMR que el DMHC designe deberá presentar su determinación dentro de los siguientes treinta (30) días después de la recepción de su solicitud y los comprobantes correspondientes. En casos urgentes que involucran una amenaza inminente y grave a su salud, incluyendo, sin limitación, dolor severo, pérdida potencial de la vida, de una extremidad o función corporal principal, la organización de IMR debe proporcionar su determinación en un plazo de tres (3) días hábiles. Si los expertos lo solicitan se puede extender el plazo límite hasta tres (3) días si hay un retraso en la obtención de todos los documentos.

El proceso de IMR es adicional a todos los demás procedimientos o soluciones que se encuentran a su disposición. Su decisión de no participar en el proceso de IMR puede provocar su renuncia a cualquier derecho reglamentario a buscar acción legal contra el SCFHP en relación con los servicios de atención médica que solicitó. Usted no tiene que pagar honorarios de ningún tipo por la solicitud o el proceso de IMR. Usted tiene derecho a proporcionar información para respaldar su solicitud de IMR. Para obtener más información acerca del proceso de IMR o para obtener un formulario de solicitud, llame a Servicios a los miembros del SCFHP.

Revisión médica independiente de la denegación de terapias experimentales/en investigación

También tiene derecho a una revisión médica independiente por medio del Department of Managed Health Care si denegamos la cobertura de un tratamiento que ha sido determinado como experimental o en investigación.

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

Usted no tiene el requisito de participar en el proceso de reclamos del SCFHP antes de solicitar una revisión médica independiente de nuestra decisión de denegar la cobertura de una terapia experimental o en investigación.

Si su médico indica que la terapia propuesta sería significativamente menos efectiva si no se inicia rápidamente, entonces se realizará una determinación de su revisión médica independiente en un plazo de siete (7) días a partir de la solicitud de revisión médica urgente.

Revisión del Department of Managed Health Care

El Department of Managed Health Care de California es responsable de regular los planes de servicios de atención médica de California. Si tiene un reclamo contra el SCFHP, primero debe llamar por teléfono a Servicios a los miembros del SCFHP y usar el proceso de reclamos del SCFHP antes de comunicarse con el Department of Managed Health Care. Utilizar este procedimiento de Quejas no le impide utilizar cualquier otro recurso o derecho que la ley disponga para su caso. Si necesita ayuda con un reclamo que involucre una emergencia, un reclamo que el SCFHP no haya resuelto satisfactoriamente o un reclamo que haya permanecido sin resolver durante más de 30 días, puede llamar al Department of Managed Health Care para obtener ayuda. También es posible que su caso reúna las condiciones para solicitar una Revisión médica independiente (IMR). Si usted es elegible para una IMR, el proceso de la IMR le proporcionará una revisión imparcial de las decisiones médicas tomadas por un plan de salud en relación con la necesidad médica de un servicio o tratamiento propuesto, decisiones de cobertura para tratamientos experimentales o en investigación y disputas de pagos por servicios médicos de emergencia o de urgencia. El Department of Managed Health Care tiene un número telefónico gratuito, el **1-888-HMO-2219**, para recibir quejas respecto a los planes de salud. Las personas con impedimento auditivo y del habla pueden usar la línea gratuita TDD (**1-877-688-9891**) para comunicarse con el Department of Managed Health Care. El sitio web del Department of Managed Health Care (<http://www.hmohelp.ca.gov>) contiene formularios de queja, formularios para solicitar IMR e instrucciones en línea.

El proceso de reclamos del SCFHP y el proceso de revisión de reclamos del DMHC son adicionales a cualquier otro procedimiento de resolución de disputas que pueda estar a su disponibilidad y el hecho de que usted no use estos procesos no excluye el uso de cualquier otro recurso de resolución establecido por la ley.

Arbitraje

Si ya utilizó el proceso de reclamos y apelaciones del SCFHP, puede resolver su asunto de cobertura por medio del arbitraje. Recurrir al arbitraje significa que su problema será resuelto por un tercero neutral, quien escuchará a ambas partes y tomará una decisión para resolver el problema. El proceso de arbitraje se llevará a cabo de conformidad con las normas de arbitraje generalmente aceptadas.

Al inscribirse en el SCFHP, el miembro acepta someter a arbitraje neutral vinculante todos los reclamos relacionados con cualquier presunta violación que SCFHP haya hecho al contrato firmado con el miembro. El arbitraje, excepto en el caso de reclamos por mala práctica médica, se aplica a cualquier reclamo legal, acción civil u otra disputa relacionada con el contrato firmado entre el miembro o el patrocinador del grupo del miembro y el SCFHP. Con excepción de los casos que se presentan en el Tribunal de Reclamos Menores, esto significa que tanto el SCFHP como el miembro aceptan renunciar a sus derechos de contar con un juicio por jurado.

Los costos del arbitraje serán compartidos por igual entre el miembro y el SCFHP, a menos que el miembro no pueda pagar su porción de los honorarios del árbitro neutral. El proceso de arbitraje se llevará a cabo según la organización de resolución de disputas utilizada por el SCFHP al momento de presentar su solicitud, de acuerdo con las reglas comerciales. Puede llamar a Servicios a los miembros del SCFHP para obtener copias de las reglas actuales y de los detalles del formato y la información necesaria para solicitar el arbitraje.

Mediación voluntaria

Puede solicitar el uso de la mediación voluntaria para resolver el problema antes de presentar su reclamo ante el Department of Managed Health Care. También puede solicitar la mediación voluntaria después de usar el proceso de reclamo de 30 días del SCFHP. Si usa el proceso de mediación voluntaria, no pierde su derecho a presentar un reclamo. Para solicitar el uso del proceso de mediación voluntaria debe enviar su solicitud por escrito a Santa Clara Family Health Plan, Member Services, 210 East Hacienda Avenue, Campbell, CA 95008.

Usted y el SCFHP deben estar de acuerdo con el uso del proceso de mediación voluntaria. Usted y el SCFHP comparten en partes iguales el costo del proceso de mediación voluntaria.

Cancelación automática de la inscripción en el SCFHP

El SCFHP solicitará al Programa Healthy Families que cancele la inscripción de un miembro si:

- El SCFHP, después de haber realizado esfuerzos razonables, no ha podido encontrar un médico del plan que haya sido capaz de establecer y mantener una relación con usted;
- Usted se niega a brindar la información necesaria o proporciona, a sabiendas, información incorrecta o confusa al SCFHP o a su médico de atención primaria (PCP);
- Usted comete fraude, como permitir que otra persona use la tarjeta que lo identifica como miembro del SCFHP, o si usted utiliza, a sabiendas, una tarjeta de identificación que es inválida, está vencida o tiene información errónea, o si altera un registro médico;
- Usted hiere físicamente, intenta herir o amenaza la seguridad o la propiedad del SCFHP o de cualquiera de sus representantes, proveedores o empleados de sus proveedores, o si comete fraude, robo u otro acto delictivo que ponga en peligro a SCFHP o cualquiera de sus representantes de la manera que sea.
- Usted, en repetidas ocasiones, utiliza lenguaje obsceno o muestra una conducta destructiva o agresiva para con cualquier empleado o representante del SCFHP.

Información general

Otro seguro médico

Por su propio beneficio, haga saber al proveedor participante si tiene cobertura médica adicional a este programa. La mayoría de aseguradoras cooperan entre sí para evitar la duplicación de los pagos, pero permiten utilizar ambos programas.

La cobertura que proporciona este programa es secundaria a todas las demás coberturas, excepto Medi-Cal. Los beneficios que pagará este programa se determinan después de que los beneficios hayan sido pagados por otro programa de atención médica en el que el miembro esté inscrito.

Asegúrese de informar a su proveedor de todos los programas con los que tiene cobertura de manera que reciba todos los beneficios a los que tiene derecho. Para obtener más información, comuníquese con Servicios a los miembros del SCFHP.

Proceso de cobro a terceros y las responsabilidades del miembro

Si los beneficios de este acuerdo se proporcionan para tratar una lesión o enfermedad ocasionada por un acto ilegal u omisión de otra persona o tercero, siempre que usted resulte ileso de todos los demás daños que resulten del acto ilegal u omisión antes de que el SCFHP tenga derecho a recibir reembolso, usted debe:

- Reembolsar de inmediato al SCFHP el costo razonable de los servicios pagados por el SCFHP en la medida que lo permita el Código Civil de California, sección 3040, al cobrar por daños, por acción de ley, acuerdo u otro y
- Cooperar completamente con la realización de los derechos de embargo del SCFHP por el valor razonable de los servicios proporcionados por el SCFHP en la medida que lo permita el Código Civil de California, sección 3040. El derecho de embargo del SCFHP se puede presentar a la persona cuyo acto ocasionó las lesiones, a su agente o al tribunal.

El SCFHP tiene derecho al pago, reembolso y subrogación en cobro a terceros y el miembro debe cooperar para hacer cumplir total y completamente y proteger los derechos del SCFHP incluso el pronto aviso de un caso que implique el posible cobro a un tercero.

No duplicación de beneficios con compensación de trabajadores

Si, de acuerdo con cualquier ley de compensación laboral o de responsabilidad del patrono u otra legislación de similar propósito o significado, un tercero es responsable de todo o parte del costo de servicios médicos proporcionados por el SCFHP, proporcionaremos los beneficios de este acuerdo cuando se necesiten. El miembro aceptará proporcionar al SCFHP un embargo de los beneficios médicos de dicha compensación laboral en la medida del valor razonable de los servicios que proporcionó el SCFHP. El embargo se puede presentar al tercero responsable, su agente o el tribunal.

Para propósitos de esta subsección, el valor razonable se determinará por el cargo usual, acostumbrado o razonable por servicios en el área geográfica en donde se prestan los servicios.

Al aceptar la cobertura de este acuerdo, los miembros aceptan cooperar para proteger los intereses del SCFHP de acuerdo con esta disposición y ejecutar y proporcionar al SCFHP o a la persona que éste designe cualquiera y todas las asignaciones u otros documentos que pueden ser necesarios o adecuados para realizar o ejercer completamente los derechos del SCFHP o de la persona que éste designe.

Coordinación de beneficios

Al inscribirse en el SCFHP cada miembro acepta llenar y presentar al SCFHP los consentimientos, liberaciones de responsabilidad, asignaciones y cualquier otro documento que el SCFHP solicite razonablemente, para asegurar y obtener reembolso y coordinar la cobertura con otros planes de beneficios de salud o pólizas de seguro. Los beneficios pagaderos se reducirán cuando los beneficios estén disponibles para un miembro por medio de el otro plan o póliza, independientemente de que presente un reclamo por los mismos.

El hecho de que un miembro tenga doble cobertura del SCFHP no reducirá de ninguna manera la obligación del miembro respecto al pago de todos los copagos requeridos.

Limitaciones de la otra cobertura

Esta cobertura del plan de salud no tiene la intención de duplicar ningún beneficio al cual los miembros tengan derecho por medio de los programas gubernamentales, incluyendo los de CHAMPUS/TRICARE, Medi-Cal o compensación laboral. Al presentar una solicitud de inscripción, el miembro acepta llenar y presentar al SCFHP los consentimientos, liberaciones de responsabilidad, asignaciones y cualquier otro documento que el SCFHP solicite razonablemente, para obtener o asegurar el reembolso de CHAMPUS/TRICARE, Medi-Cal o el reembolso de acuerdo con la Ley de Compensación Laboral.

Pago a los proveedores

El SCFHP tiene contratos con diferentes tipos de proveedores de atención médica. Esto ayuda a garantizar que los miembros tengan acceso a todos los servicios cubiertos. Los contratos de los proveedores del SCFHP explican claramente la forma en que los proveedores recibirán el pago de los servicios que presten a los miembros.

Por lo general, a los proveedores se les paga según alguna de las tres modalidades siguientes:

Capitación: se le paga mensualmente al proveedor un monto fijo por cada miembro. Por lo general, este monto se ajusta tomando como base la edad y sexo del miembro.

Tarifa por servicio: se le paga al proveedor por cada servicio que proporciona a un miembro. La tarifa se basa en una lista de aranceles predeterminados.

Per diem: las instituciones, tales como los hospitales reciben un monto acordado por cada día de servicio que presten a los miembros.

El SCFHP tiene contratos directos con los proveedores individuales, así como con los grupos de proveedores. A los proveedores individuales que tienen contratos directos con el SCFHP se les paga de la siguiente manera:

- A los médicos de atención primaria se les suele pagar por capitación. Por algunos servicios, perciben una tarifa por servicio.
- Por lo general, a los médicos especialistas se les paga una tarifa por servicio.

A los grupos de proveedores que tienen contratos con el SCFHP se les paga por capitación. A su vez, estos grupos de proveedores les pagan a sus proveedores individuales por salario, sistema de capitación o de pago por servicio.

Santa Clara Family Health Plan no tiene penalidades económicas destinadas a limitar la atención que brinda.

A todas las farmacias se les paga con el sistema de pago por servicio tanto por los medicamentos en sí como por el costo de entregar los medicamentos.

Para obtener más información sobre la forma en que el SCFHP les paga a sus proveedores, llame a Servicios a los miembros del SCFHP, a su proveedor participante.

Disposiciones de reembolso: Si recibe una factura

Si considera que ha recibido un servicio cubierto, incluyendo los servicios de atención médica de emergencia, dentro o fuera del área de servicio e involuntariamente el proveedor le ha enviado una factura por el servicio, con un cobro adicional a cualquier copago aplicable y usted no puede resolver el problema directamente con el proveedor, puede enviar la factura para el reembolso del SCFHP, de acuerdo con las siguientes instrucciones.

Presentar:

- Una copia de la factura (y si ya la pagó, de la constancia de pago);
- El nombre, dirección, número de identificación y número de grupo (impreso en la tarjeta de identificación de miembro) y
- El nombre y dirección de cada proveedor, la fecha y la razón de cada servicio, si no se especifica en la factura y

Envíe por correo a:

Santa Clara Family Health Plan
Claims Department
210 East Hacienda Avenue
Campbell, CA 95008

Su solicitud de reembolso deberá recibirse en un plazo de 180 días a partir de la fecha del servicio. Si ya pagó la factura, debe incluir una constancia de pago que resulte aceptable para el SCFHP, antes de que podamos ayudarle a obtener el reembolso del proveedor.

Si no le es posible enviar su solicitud de reembolso en el plazo de 180 días a partir de la fecha del servicio o si la factura a pasado al departamento de cobro, el SCFHP no podrá ayudarle a obtener el reembolso del proveedor. Si no le es posible enviar su solicitud de reembolso en el plazo de 180 días a partir de la fecha del servicio, entonces juntamente con su solicitud de reembolso deberá incluir una explicación por escrito u otra información que pueda servir como comprobante de su intención y

esfuerzos por presentar su solicitud dentro del plazo de 180 días preestablecidos. SCFHP evaluará su solicitud junto con la información adicional.

Participación pública

SCFHP es un plan de salud autorizado y operado en forma pública. Eso significa:

Las reuniones de la Junta Directiva están abiertas al público y lo invitamos a que asista.

Puede participar en nuestro Comité de Asuntos de los Consumidores. El comité asesora al SCFHP respecto a los programas y servicios y asesora a la Junta Directiva respecto en sus decisiones de políticas.

Los nombres de los miembros del Comité de Asuntos de los Consumidores y la Junta Directiva se pueden obtener llamando a Servicios a los miembros del SCFHP. Si está interesado en participar en el futuro, comuníquese con Servicios a los miembros.

Aviso de cambios en el SCFHP

Es posible que durante todo el año le enviemos actualizaciones sobre cambios realizados en el SCFHP. Le mantendremos informado y estamos disponibles para responder cualquier pregunta que tenga. Llame a Servicios a los miembros del SCFHP si tiene alguna pregunta sobre los cambios en el SCFHP.

Prácticas de privacidad

Por ley, el SCFHP debe explicar a sus miembros la manera en que protegemos su información médica y en qué circunstancias podemos entregar esa información a otras personas.

La Ley de Información de Seguros y de Protección de la Privacidad (HIPPA) estipula que el SCFHP puede recopilar información personal de personas aparte de las personas que solicitan la cobertura del seguro. El SCFHP no revelará ninguna información personal o privilegiada acerca de cualquier persona de quien el SCFHP haya recolectado o recibido información en relación con una transacción de seguro, a menos que la ley permita la divulgación o se cuente con la autorización escrita de la persona o personas.

Si desea recibir una copia del Aviso de prácticas de privacidad del SCFHP, comuníquese a Servicios a los miembros del SCFHP. También puede obtener más información en el sitio web del SCFHP en <http://www.SCFHP.com>.

Declaración de no discriminación

La Sección 506 de la Ley de Rehabilitación de 1973 establece que a ninguna persona discapacitada calificada, sobre la base de discapacidad, se le podrá excluir de la participación, denegar los beneficios o de otra manera someter a discriminación en cualquier programa o actividad que reciba o se beneficie de la asistencia financiera federal. La Ley de Estadounidenses con Discapacidades de 1990 prohíbe que los beneficiarios de cualquier financiamiento federal discriminen con base en la discapacidad. La ley protege a los solicitantes y a los miembros con discapacidades que reciben servicios y exige las adaptaciones razonables para los solicitantes y miembros por parte del programa.

La Sección 11135 del Código Gubernamental de California prohíbe la discriminación en un programa o actividad con financiamiento directo del estado o que recibe ayuda financiera del estado con base en la identificación de grupo étnico, religión, edad, sexo, color o discapacidad.

La Sección 11136 del Código Gubernamental de California exige que las agencias estatales, como se describió anteriormente, notifiquen al contratista, de quien tienen causas razonables para creer que ha infringido las disposiciones de la Sección 11135 o cualquier reglamento adoptado para aplicar dicha sección.

El SCFHP no denegará la cobertura o la continuidad de la cobertura, ni limitará la cantidad, la medida o el tipo de cobertura disponible a una persona ni cobrará una tarifa diferente por la misma cobertura únicamente debido a un impedimento físico o mental, excepto cuando la denegación, limitación o diferencia en la tarifa se base en principios actuariales sólidos aplicados a la experiencia real o en caso de que no se cuente con la experiencia real, a las prácticas sólidas de seguros.

Leyes aplicables

El SCFHP está sujeto a los requisitos de la Ley de Knox-Keene de California, Capítulo 2.2 de la División 2 del Código de Salud y Seguridad de California, y las normas establecidas en el Subcapítulo 5.8 del Capítulo 3 de los Títulos 10 y 28 del Código de Reglamentos de California. Cualquier disposición necesaria para estar en este programa de beneficios de acuerdo con la Ley Knox-Keene o con los reglamentos, será obligatoria para el SCFHP, aun si no se incluye en esta Evidencia de la cobertura ni en el contrato del plan de salud.

Desastres naturales, interrupciones y otras limitaciones

SCFHP no será legalmente responsable si el plan o sus proveedores no pueden brindar los servicios correspondientes a los miembros por causas ajenas al control del SCFHP. Algunas de las cosas que pueden ser causas ajenas a SCFHP son:

- Desastres naturales (inundaciones, terremotos, etc.); o
- Guerras o revueltas públicas; o
- Una disputa laboral que involucre a SCFHP o a otro proveedor de atención médica; o
- Insurrección civil; o
- Una epidemia.

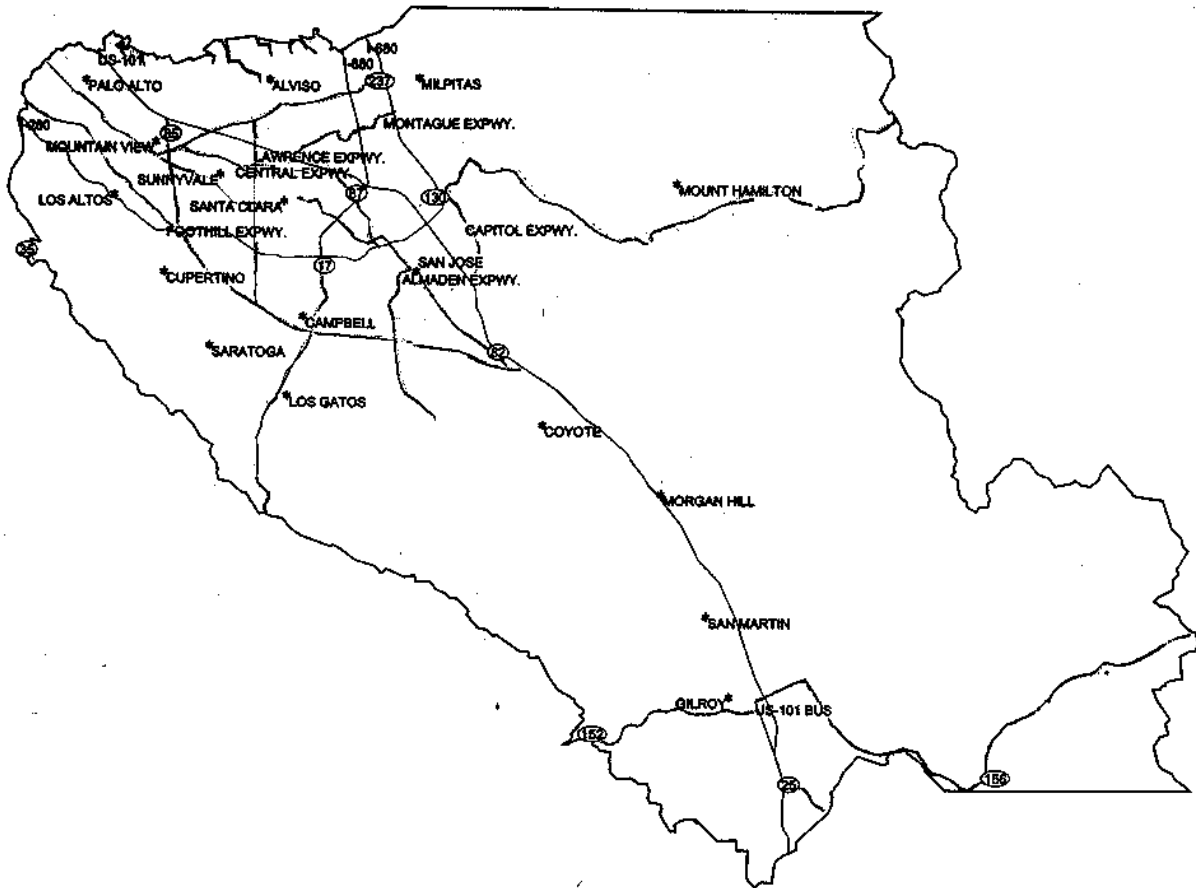
El SCFHP hará lo posible por brindar los servicios a sus miembros incluso en esas circunstancias. En caso de necesitar atención médica, los miembros deben dirigirse a la sala de emergencias más cercana.

Donación de órganos y tejidos

Los órganos y tejidos donados se pueden usar para trasplantes e investigación médica. Actualmente es posible realizar más de 25 tipos de trasplantes de órganos y tejidos. Su decisión de donar sus órganos puede salvar o prolongar la vida de alguna persona conocida, que podría ser un amigo cercano o un miembro de su familia.

Actualmente, la necesidad de trasplantes de órganos supera ampliamente la disponibilidad. Si está interesado en la donación de órganos, hable con su médico. La donación de órganos comienza en el hospital cuando a un paciente se le diagnostica muerte cerebral y se le identifica como posible donador de órganos. Una organización de obtención de órganos se involucrará para coordinar las actividades. El sitio web del Department of Health and Human Services (<http://www.organdonor.gov>) contiene información adicional sobre la donación de órganos y tejidos.

Santa Clara Family Health Plan Área de servicio



Servicios a los miembros: 800-260-2055 (TTY: 800-735-2929), de lunes a viernes, 8:30 a.m. a 5:30 p.m. (excepto días festivos) Sitio web: <http://www.scfhp.com>



FREE OR LOW COST HEALTH COVERAGE

FOR CHILDREN & ADULTS

CON EM QUÝ VỊ CÓ
BẢO HIỂM SỨC KHỎE KHÔNG?

SEGURO MÉDICO GRATIS O BAJO COSTO

PARA NIÑOS Y ADULTOS



For more information:
Para más información:
Để biết thêm chi tiết:

877-688-7234



“The Santa Clara Family Health Plan is committed to providing timely access care for all members. SCFHP strives to ensure that all health services are provided in a timely manner. Santa Clara Family Health Plan will continue to notify our members of any changes or updates made regarding to the current policies.”

“El Santa Clara Family Health Plan está comprometido en proporcionar atención de acceso oportuno para todos los miembros. SCFHP se esfuerza por garantizar que todos los servicios médicos se presten de forma oportuna. Santa Clara Family Health Plan seguirá notificando a nuestros miembros por cualquier cambio o actualización que se haga con respecto a las políticas actuales”

“Chương trình Santa Clara Family Health Plan cam kết cung cấp dịch vụ chăm sóc tiếp cận kịp thời cho mọi hội viên. SCFHP nỗ lực đảm bảo tất cả các dịch vụ chăm sóc sức khỏe được cung cấp kịp thời. Chương trình Santa Clara Family Health Plan sẽ tiếp tục thông báo cho các hội viên của chúng tôi biết bất kỳ thay đổi hay cập nhật nào liên quan đến các chính sách hiện tại.”



Santa Clara

Family Health Plan

The Spirit of Care

Main Office

210 East Hacienda Avenue, Campbell, CA 95008
1-800-260-2055

www.scfhp.com

8MMPCP Revision 29
June 2011