

Healthy Kids

FORMULARIO COMBINADO DE
EVIDENCIA DE COBERTURA
Y AUTORIZACIÓN DE DIVULGACIÓN



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 KIDS

1 de julio de 2011

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

Servicios a los miembros 1-800-260-2055
TTY 1-800-735-2929

www.scfhp.com
Asesoría de enfermería 1-877-509-0294

Divulgación

Este Formulario combinado de evidencia de cobertura y autorización de divulgación constituye un resumen de las políticas y cobertura de Santa Clara Family Health Plan de acuerdo con el Programa Healthy Kids (HKP).

Santa Clara Family Health Plan debe cumplir con todos los requisitos de la Ley del Plan de servicio de atención médica Knox-Keene Health Care Service Plan de 1975, según su modificación (Código de seguridad y salud de California, sección 1340, y subsiguientes) y las regulaciones de la Ley (Código de regulaciones de California, Título 28). Cualquier provisión requerida para ser un beneficio del programa por la Ley o las regulaciones de la Ley será vinculante para Santa Clara Family Health Plan, incluso si no se incluye en el folleto Evidencia de cobertura o en el contrato de Santa Clara Family Health Plan.

Debe consultar el Acuerdo maestro de Healthy Kids y la cláusula adicional para determinar los términos y afecciones de cobertura exactos. Está disponible en la oficina del Santa Clara Family Health Plan, 210 East Hacienda Ave., Campbell, CA 95008.

Tiene derecho a leer este Formulario combinado de evidencia de cobertura y autorización de divulgación antes de elegir inscribirse en el Santa Clara Family Health Plan. Las personas con necesidades especiales de atención médica deben leer cuidadosamente las secciones que aplican a su caso. Si lo desea, puede discutir sus preguntas por teléfono al llamar a nuestro Departamento de servicios a los miembros al **1-800-260-2055** o al teléfono de texto (TTY) al **1-800-735-2929**. También se puede comunicar con nosotros por escrito a Santa Clara Family Health Plan, 210 East Hacienda Avenue, Campbell, CA 95008.

Elegibilidad e inscripción

La información de elegibilidad, inscripción, cancelación de la inscripción, la fecha de inicio de la cobertura, transferencias a otro plan de salud, recalificación anual, pagos de primas, la Ley federal de Responsabilidad y portabilidad de seguro médico de 1996 (HIPAA) se incluye en esta EOC de Healthy Kids.

ÍNDICE

¡Bienvenidos!	1
Introducción	2
Uso de este folleto.....	2
Acerca del Santa Clara Family Health Plan.....	2
Cómo obtener ayuda en su idioma.....	2
Tarjeta de identificación de miembro.....	3
Sección 1 Definiciones	4
Sección 2: Acceso a la atención	10
Derechos y responsabilidades del miembro.....	10
Acceso a la atención.....	11
Acceso físico.....	11
Acceso para sordos o personas con dificultades auditivas.....	11
Acceso para personas con discapacidad visual.....	11
La Ley sobre Estadounidenses con Discapacidades de 1990.....	11
Acceso oportuno a Servicios médicos de que no son de emergencia (vigente a partir del 18 de enero de 2011).....	11
Línea de asesoría de enfermeras.....	11
Sección 3 Uso del Plan de salud	12
Ubicaciones de establecimientos y proveedores.....	12
Programación de citas.....	13
Examen inicial de salud.....	13
Cambio de proveedor de atención primaria.....	13
Elección de un proveedor de servicios médicos para la reproducción.....	14
Continuidad de la atención médica para los nuevos miembros.....	14
Continuidad de la atención por finalización de contrato del proveedor.....	15
Autorización previa de los servicios.....	16
Derivaciones a médicos especialistas.....	16
Cómo obtener servicios de médico obstetra/ginecólogo.....	16
Derivaciones permanentes.....	17
Cómo obtener una segunda opinión.....	17
Revisión de uso.....	18
Recetas: cómo obtener medicamentos.....	18
Servicios de farmacia.....	18

Formulario de medicamentos del SCFHP	18
Medicamentos recetados.....	20
Suministro para vacaciones o por pérdida de los medicamentos.....	21
Cómo obtener servicios de atención médica de emergencia	22
Qué debe hacer si no está seguro de tener una emergencia.....	22
Atención posterior a la estabilización y de seguimiento después de una emergencia ..	23
Servicios no cubiertos.....	23
Copagos.....	23
Responsabilidades de los miembros	24
Sección 4 Elegibilidad, inscripción y costos	26
Disponibilidad de financiamiento para el programa	26
Requisitos de elegibilidad	26
Lista de espera	26
Solicitud.....	27
Fecha de inicio de la cobertura.....	27
Continuación de cobertura entre fechas de aniversario.....	27
Renovación anual.....	27
Aviso de cambios de elegibilidad.....	28
Apelación de las decisiones de inscripción.....	28
Responsabilidades financieras del miembro	28
Primas mensuales	28
Copagos y límites de copago	29
Amerindios y nativos de Alaska.....	29
Otras responsabilidades financieras.....	29
Facturas por servicios.....	30
Sección 5 Matriz de beneficios con cobertura del Plan de salud.....	31
Sección 6 Descripción de los beneficios.....	40
Servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados	40
Servicios hospitalarios ambulatorios	41
Servicios profesionales.....	41
Servicios de salud preventiva	42
Servicios de diagnóstico de rayos X y de laboratorio	43
Cuidado de la diabetes	43
Programa de medicamentos recetados	44

Equipo médico duradero.....	46
Ortótica y prótesis.....	46
Lentes y anteojos para cataratas.....	47
Atención por maternidad.....	47
Servicios de planificación familiar.....	48
Servicios de traslado médico.....	48
Servicios médicos de emergencia.....	49
Servicios de salud mental para pacientes ambulatorios.....	49
Descripción.....	49
Servicios de salud mental para pacientes internados.....	50
Descripción.....	50
Servicios en caso de abuso de drogas y alcohol para pacientes ambulatorios.....	51
Descripción.....	51
Costo para el miembro.....	51
Servicios en caso de abuso de drogas y alcohol para pacientes internados.....	51
Descripción.....	51
Costo para el miembro.....	51
Exclusión.....	51
Servicios de atención domiciliaria.....	51
Atención de enfermería especializada.....	52
Terapia Física, Ocupacional y del Habla.....	52
Acupuntura.....	52
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.....	55
Beneficios máximos anuales o vitalicios.....	57
Sección 7 Servicios dentales.....	58
Cuadro de beneficios (matriz).....	66
Copago.....	66

Limitaciones.....	66
Quejas.....	71
Sección 8 Servicios de la visión.....	72
Cómo obtener servicios de la visión	72
Sus beneficios visuales	72
Exclusiones y Limitaciones.....	74
Responsabilidades de pago	74
Provisión de servicios de la visión fuera de la red	75
Apelaciones de reclamos.....	75
Quejas.....	75
Sección 9 Coordinación de servicios	76
California Children’s Services (CCS).....	76
Sección 10 Servicios excluidos.....	77
Sección 11 Proceso de reclamos y apelaciones.....	79
Reclamo.....	79
Proceso de revisión médica independiente	79
Revisión médica independiente de la denegación de terapias experimentales/en investigación	80
Revisión del Department of Managed Health Care	81
Arbitraje.....	81
Cancelación automática de la inscripción en el SCFHP	82
Sección 12 Información general.....	83
Continuidad de beneficios individuales.....	83
Exclusión de cobertura duplicada.....	83
Responsabilidad de Terceros	83
Compensación de trabajadores.....	84
Coordinación de Beneficios.....	84
Pago a los proveedores.....	84
Participación pública.....	85
Aviso de cambios en el SCFHP.....	85
Declaración de no Discriminación	85
Leyes aplicables.....	86
Desastres naturales, interrupciones y otras limitaciones.....	86
Donación de órganos y tejidos	86

Sección 13	Aviso de prácticas de privacidad	88
Sección 14	Santa Clara Family Health Plan Área de servicio	94

¡Bienvenidos!

Bienvenido a Santa Clara Family Health Plan ("SCFHP"). Gracias por haber elegido SCFHP. Esperamos poder ayudarlo en todo lo que usted necesite. Nuestra meta es que todos los miembros reciban atención médica buena y de la más alta calidad. Es nuestro compromiso dedicarnos constantemente a cumplir ese objetivo.

SCFHP es un plan de salud sin fines de lucro. Se creó para satisfacer las necesidades de atención médica de las personas que viven en el Condado de Santa Clara. Nuestros proveedores de atención médica, quienes ayudaron a crear SCFHP, incluyen cientos de médicos de la comunidad, grupos de proveedores, clínicas y hospitales en todo el condado.

Este folleto es su "Formulario combinado de evidencia de cobertura y autorización de divulgación" (EOC). Contiene información detallada sobre los beneficios de Healthy Kids y cómo obtenerlos. La EOC describe los derechos y las responsabilidades de un miembro o de los padres de un miembro de Healthy Kids. Lea su EOC y guárdela a mano.

Los miembros de Healthy Kids también tienen beneficios dentales y de la visión. SCFHP le proporciona servicios de la visión a través del Vision Service Plan ("VSP") y servicios dentales a través del Liberty Dental Plan de California.

Si tiene preguntas o inquietudes, llame, envíe un correo electrónico, escríbanos o visite nuestra oficina.

Introducción

Uso de este folleto

Este folleto, denominado Formulario combinado de evidencia de cobertura y autorización de divulgación o “EOC”, contiene información detallada sobre los beneficios del Programa Healthy Kids, cómo obtener los beneficios y los derechos y responsabilidades de los miembros del Programa Healthy Kids. Lea este folleto cuidadosamente y téngalo a mano para usarlo en el futuro. Si tiene necesidades especiales de atención médica lea cuidadosamente las secciones que aplican a su caso.

En todo este folleto "usted", "su" y "miembro" se refiere al niño o niños inscritos en el Programa Healthy Kids. "Nosotros", "nos" y "nuestro" se refieren a Santa Clara Family Health Plan y sus grupos de proveedores participantes. "Proveedor" o "proveedor participante" se refiere a un médico autorizado, hospital, grupo médico, farmacia u otro Proveedor de atención médica que es responsable de proporcionarle servicios médicos.

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.

Cuando se inscriba en el SCFHP como nuevo miembro, usted elegirá un Proveedor de atención primaria (PCP) en nuestra red de proveedores participantes. Este médico será responsable de trabajar con usted para cuidar de sus necesidades de atención médica. Los médicos y otros profesionales de atención médica en nuestro Directorio de médicos, clínicas y servicios de atención médica tienen las calificaciones necesarias para proporcionar o hacer arreglos para su atención.

Por lo general, cada PCP lo derivará solamente a los especialistas, hospitales y otros proveedores de atención médica con quienes su médico trabaja usualmente. 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 Healthy Kids de su familia puede elegir PCP diferentes, o también pueden elegir al mismo PCP para todos. El nombre y número de teléfono del PCP del miembro se enumera en la tarjeta de identificación de miembro del SCFHP (tarjeta de ID) emitida para cada miembro.

Si tiene preguntas, algún problema o inquietud sobre los beneficios, servicios o su membresía del SCFHP, llame a Servicios a los miembros del SCFHP durante nuestras horas hábiles. Si llama después de las horas hábiles, deje un mensaje y le devolveremos la llamada el siguiente día hábil.

Cómo obtener ayuda en su idioma

Si usted o su hijo prefiere hablar en cualquier idioma que no sea inglés, llame a Servicios a los miembros del SCFHP para hablar con un representante. Nuestro personal de Servicios a los miembros puede ayudarle a encontrar un Proveedor de atención médica que hable su idioma. No tiene que pedir a familiares o amigos que sean sus intérpretes. Si no puede localizar a un Proveedor de atención médica que satisfaga sus necesidades de idioma, puede solicitar un

intérprete disponible cuando hable con su proveedor o con cualquier persona del SCFHP sin cargo.

Este folleto de EOC, así como otro material informativo, se ha traducido a español y vietnamita. También está disponible en Braille, formatos de audio y letra grande. Para solicitar materiales traducidos o en otro formato, 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.

Sólo los miembros tienen autorización para obtener servicios médicos con su tarjeta de identificación de miembro. Si una persona que no sea el miembro utiliza la tarjeta, se cobrará a esa persona los servicios que él o ella reciba. Adicionalmente, si permite que alguien más use su tarjeta de identificación de miembro, es posible que SCFHP lo retire del plan.

Sección 1

Definiciones

Trabajo de parto activo

El trabajo de parto cuando no hay suficiente tiempo para trasladar al miembro de manera segura a otro hospital antes del parto o cuando transferir al miembro puede presentar una amenaza a la salud y seguridad del miembro o del feto

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

El período de doce (12) meses que empieza el 1 de febrero 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.
- Se le niega un servicio y le indicamos que no es médicamente necesario.
- Debe esperar demasiado tiempo para obtener una cita.
- SCFHP no paga por atención de urgencia o de emergencia por la que usted tuvo que pagar.

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 o de otro tipo para el que el programa no ofrece cobertura.

Servicio experimental o en fase de investigación

Cualquier tratamiento, terapia, procedimiento, medicamento, centro, equipo, dispositivo o suministro que es reconocido como de acuerdo con las normas médicas profesionales generalmente aceptadas o si la seguridad y eficacia no se han determinado para uso en el tratamiento de una enfermedad, lesión o afección médica específica para la cuál se recomienda o se 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). Los lineamientos se utilizan para determinar la elegibilidad para Healty Kids. Los lineamientos de pobreza se conocen algunas veces como el "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 (consulte Queja)

Una expresión escrita u oral de insatisfacción en relación con el Plan o proveedor, incluyendo problemas de calidad de atención que incluye una queja, disputa, solicitud de reconsideración o apelación presentada por un miembro o el representante del miembro. Cuando el Plan no puede distinguir entre una queja y una consulta, se considerará una queja.

Healthy Kids

El programa Knox-Keene autorizado a Santa Clara Family Health Plan para proporcionar cobertura médica, dental y de la visión a niños que cumplen con los requisitos de elegibilidad e ingresos y hace 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

Su categoría de ingresos determina su prima mensual. Las categorías de ingresos se basan en los lineamientos federales de pobreza según los ingresos actuales como sigue:

- 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 ingreso C = 201% a 300% del Lineamiento federal de pobreza según los ingresos

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.

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.

Medicamento 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 salud autorizado, centro autorizado o agencia de atención en el hogar autorizada que en el momento de proporcionar la atención a un miembro tiene un contrato vigente con el SCFHP para proporcionar los servicios cubiertos.

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 Kids.

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 un miembro usualmente por medio de una derivación de parte de un Proveedor de atención médica dentro del rango de su área de especialidad designada de práctica y quien está certificado por la junta o elegible por la junta para dicha especialidad. Algunos servicios especializados no requieren de una autorización; por ejemplo, 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.

Sección 2: Acceso a la atención

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 sordos o personas con dificultades auditivas

Las personas sordas o con dificultades auditivas se pueden comunicar con nosotros a través del número de teléfono (TTY) al 1-800-735-2929.

Acceso para personas con discapacidad visual

La Evidencia de cobertura (EOC) y otros materiales del Plan están disponibles en Braille, letra grande, formatos de disco de computadora agrandados y cintas de audio. Para obtener cualquier formato alterno o para obtener ayuda directa para leer la EOC y otros materiales, llame a Servicios a los miembros del SCFHP.

La Ley sobre Estadounidenses con Discapacidades de 1990

SCFHP cumple con la Ley de Americanos con Discapacidades de 1990 (ADA). Esta Ley prohíbe la discriminación con base en una discapacidad. La Ley protege a los miembros con discapacidades de la discriminación relacionada con los servicios del programa.

Acceso oportuno a Servicios médicos de que no son de emergencia (vigente a partir del 18 de enero de 2011)

La ley de California requiere que los planes de salud proporcionen acceso oportuno a los servicios de atención médica que no son de emergencia. SCFHP proporciona u organiza el acceso a los servicios de atención médica cubiertos de forma oportuna.

Línea de asesoría de enfermeras

SCFHP ofrece un Programa de asesoría de enfermeras conocido como Carenet. Comuníquese con Carenet por medio del número gratuito al 1-887-509-0294 para obtener más información acerca de cualquier problema médico menor que pueda tener.

Con Carenet usted puede hablar directamente con una Enfermera de asesoría del SCFHP. Puede llamar a la Enfermera de asesoría cuando su médico no esté disponible. La Enfermera de asesoría está disponible para responder sus preguntas 7 días a la semana, 24 horas al día.

Indique a su Enfermera de asesoría sobre su problema médico. La enfermera de asesoría puede ayudarle a decidir si necesita ver a un médico o si su situación necesita tratamiento de emergencia o atención de urgencia. También puede enterarse de maneras posibles para tratar su problema en casa.

En caso de emergencia, siempre debe llamar al 9-1-1 o diríjase al hospital más cercano.

Sección 3 Uso del Plan de salud

Ubicaciones de establecimientos y proveedores

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.

SCFHP tiene un Directorio de médicos, clínicas y servicios de atención médica, el cual es una lista parcial de nombres y ubicaciones de nuestros proveedores de atención primaria, clínicas, hospitales y farmacias participantes. También puede encontrar proveedores de Healthy Kids en nuestro sitio web en www.scfhp.com. Si desea obtener una copia de este directorio, llame a Servicios a los miembros.

Hay varios grupos de proveedores que participan en Healthy Kids, incluyendo;

Santa Clara Valley Health and Hospital System, sus clínicas afiliadas y las Clínicas comunitarias;

Physicians Medical Group of San Jose

Premier Care of Northern California

Palo Alto Medical Foundation

Otros médicos independientes

Cada uno de estos grupos tiene una red de hospitales y otros proveedores con los que trabajan. Para aprender más acerca de estas redes, comuníquese con Servicios a los miembros. El PCP que seleccione determinará la red en la que estará. 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 junto con el SCFHP para garantizar que los servicios que serán útiles como educación en afecciones médicas específicas o prevención de enfermedades estén disponibles para los miembros.

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.

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

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 obtener los beneficios, un miembro debe tener un PCP. Si no ha elegido un médico o clínica, llame a Servicios a los miembros del SCFHP. Servicios a los miembros le ayudará a elegir un PCP. Comuníquese con el PCP para todas sus necesidades de atención médica, incluso servicios de prevención, problemas médicos de rutina y consultas con especialistas, servicios de atención de urgencia y para 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.

Si desea saber más acerca de los estudios o especialidad médica certificada del proveedor de Healthy Kids Program, se puede comunicar con el proveedor individual o puede llamar a Servicios a los miembros del SCFHP.

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

Exhortamos a todos los nuevos miembros a visitar a su Proveedor de atención primaria para realizarse un examen inicial de salud al unirse al Programa Healthy Kids. Estos exámenes médicos (llamados “Evaluaciones médicas iniciales” (IHA, por sus siglas en inglés)) se deben programar para niños de 18 meses de edad o más dentro de los primeros cuatro meses después de inscribirse en Healthy Kids. Para los niños menores de 18 meses de edad, se deberá programar un IHA dentro de los primeros 60 meses después de inscribirse en el SCFHP.

La primera reunión con su nuevo médico es importante. Es una oportunidad para que usted y 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.

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>

Si se traslada de un PCP a otro que está afiliado con un diferente grupo de proveedores, es posible que tenga un cambio de hospitales, médicos especialistas y otros proveedores de atención médica de los cuales recibe atención médica.

Si el PCP suspende su participación en Healthy Kids. El SCFHP le avisará, de manera 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

Si está recibiendo atención de un proveedor no participante, como un hospital cuando se inscribe por primera vez en el SCFHP, es posible que pueda continuar con esa atención por un tiempo. Usted puede continuar con dicha atención si solicita al SCFHP que le ayude y el proveedor no participante acepta cumplir con los requisitos del SCFHP. La atención debe ser para una de las afecciones que se indican a continuación y ser un beneficio que está cubierto. SCFHP también puede transferir su atención a un proveedor participante para asegurarse 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: SCFHP le ayudará a continuar con la atención de un servicio cubierto hasta que usted ya no tenga la afección aguda.
- Una afección grave: SCFHP le ayudará a continuar obteniendo la atención médica para un servicio cubierto por todo el tiempo que dure el tratamiento de esa afección grave. Después de que su tratamiento haya finalizado, SCFHP lo transferirá a un proveedor participante para que lo atienda.

SCFHP le ayudará si el Plan puede llegar a un acuerdo con el proveedor:

- 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.

Continuidad de la atención por finalización de contrato del proveedor

Si un proveedor participante deja de trabajar con el SCFHP y ese proveedor, incluyendo un hospital participante, le ha proporcionado atención por un servicio que SCFHP cubre, y es una de las afecciones que se enumeran a continuación, SCFHP le ayudará a continuar obteniendo o a completar su atención médica para esa afección si SCFHP puede llegar a un acuerdo con el proveedor. La siguiente lista también le explica por cuánto tiempo SCFHP cubre esa atención médica. Las situaciones son las siguientes:

- Una afección aguda: SCFHP le ayudará a continuar con la atención de un servicio cubierto hasta que usted ya no tenga la afección aguda.
- Una afección grave: SCFHP le ayudará a continuar obteniendo la atención médica para un servicio cubierto por todo el tiempo que dure el tratamiento de esa afección grave. Después de que su tratamiento haya finalizado, SCFHP lo transferirá a un proveedor participante para que lo atienda.
- SCFHP le ayudará a obtener una cirugía u otro procedimiento médico del proveedor no participante, siempre que sea un servicio cubierto, que sea necesario hacerlo y que ya haya sido aprobado como parte de un plan de tratamiento documentado.
- SCFHP le ayudará a continuar obteniendo la atención médica que sea un servicio que el Plan cubra en caso de embarazo, incluyendo la atención posparto.
- 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.

SCFHP le permitirá continuar con la atención del proveedor no participante hasta que la atención por una afección médica cubierta enumerada en esta sección se complete y usted haya solicitado ayuda al SCFHP 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 para la salud suya que se le transfiera a un proveedor participante. SCFHP puede también transferir su atención a otro proveedor participante para asegurar que no se interrumpa 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.

Este aviso también incluirá otra información importante que debe saber si desea continuar consultando a su proveedor no participante actual. Debe decirle al SCFHP que desea que el proveedor no participante (médico, grupo médico u hospital) 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

Los miembros deben obtener una derivación de su PCP para la mayoría de servicios, excepto servicios de un médico ginecólogo/obstetra PCP, quiropráctico y acupuntura y servicios para una afección médica de emergencia y servicios de atención de urgencia fuera del área. El grupo de proveedores de PCP debe autorizar los servicios derivados por escrito. En algunos casos, SCFHP también debe autorizar los servicios. Algunos servicios que requieren autorizaciones del SCFHP son: admisiones a un Centro de enfermería especializada y hospital, servicios de atención domiciliaria o ciertos medicamentos recetados.

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

El PCP puede decidir derivar a su hijo a un especialista por una afección médica específica. Para la mayoría de servicios cubiertos que no son proporcionados directamente por el PCP, incluyendo servicios de especialista, laboratorio y rayos X, el PCP debe autorizar los servicios.

Después de consultarlo con usted, el PCP elegirá un Médico especialista de la red, un hospital de la red u otro proveedor de la red de quien su hijo podría recibir servicios. 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.

Cómo obtener servicios de médico obstetra/ginecólogo

Un miembro **no** necesita una derivación para ver a cualquier médico obstetra/ginecólogo (OB/GYN) contratado por el SCFHP. Para obtener una lista de los médicos que proporcionan atención relacionada con servicios de obstetricia y ginecología, llame a Servicios a los miembros o ingrese a nuestro sitio web.

Derivaciones permanentes

- Si padece de una afección que representa un peligro vital, ya sea degenerativa o incapacitante, podrá recibir una Derivación permanente a un especialista del Plan para recibir atención.
- 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 que necesita, el especialista del Plan trabajará con su médico (PCP) hasta que pueda volver a su propio PCP.
- Para obtener una derivación permanente, debe llamar a su PCP. Si su PCP aprueba la derivación permanente, le dirá qué especialista del Plan puede tratar su afección. También puede llamar al SCFHP para obtener una lista de los proveedores del plan que pueden tratarlo por su afección.

Si tiene problemas para obtener una aprobación de parte 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 seria que podría causar la muerte, pérdida de una extremidad, pérdida de una función orgánica o incapacidad sustancial. • El término “enfermedad grave” incluye también una afección 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 tratante no puede diagnosticar la afección.
- Si usted considera que su salud no está mejorando cuando debería hacerlo y usted ha seguido 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, 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, basada en los beneficios provistos a través del Programa Healthy Kids. Dependiendo de cuál PCP seleccione, la red a la que pertenece su PCP realizará esta revisión. La solicitud viene de un Proveedor de atención médica, como su PCP o especialista y se revisa con base en los protocolos clínicos, lineamientos de práctica internos y estándares de atención establecidos por criterios reconocidos y publicados nacionalmente.

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

Debe mostrar su tarjeta de identificación de miembro del SCFHP y la receta que le hizo su médico en cualquier farmacia del SCFHP para obtener los medicamentos que le recetó su médico del SCFHP. Las farmacias de la red se enumeran en el *Directorio de médicos, clínicas y servicios de atención médica*.

Formulario de medicamentos del SCFHP

SCFHP utiliza una lista de medicamentos aprobados que se llama Formulario de medicamentos. Este *Formulario de medicamentos* es una lista de los medicamentos recetados que una farmacia del Plan puede darle sin aprobación del SCFHP. Si necesita un medicamento que no aparece en

el Formulario de medicamentos del SCFHP, su médico debe llenar un formulario solicitando al SCFHP que apruebe el medicamento. A menos que SCFHP apruebe el medicamento, 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), un Comité de médicos y farmacéuticos del plan. Este Comité de P & T se reúne cada tres meses para revisar el Formulario de medicamentos y nuevos medicamentos, y decidir cuáles medicamentos debe retirar. Buscan medicamentos que sean 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 desearía obtener una copia del Formulario del SCFHP, llame a Servicios a los miembros o visite nuestro sitio web.
- SCFHP responderá a la solicitud de aprobación de un medicamento que no aparece en el Formulario dentro del transcurso de un día hábil en el caso de recetas nuevas y dentro del transcurso de dos días hábiles para resurtir una receta. Si el miembro se ha quedado sin el medicamento en el momento de la solicitud para resurtir, SCFHP responderá en el transcurso de un día hábil.
- SCFHP podría aprobar un medicamento que no aparece en el Formulario de medicamentos si por ejemplo, se ha probado medicamentos equivalentes del Formulario y se descubrió que no funcionan para tratar su afección médica o cuando el medicamento fue retirado del Formulario después de que su proveedor del Plan se lo recetó.

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. Cuando esto sucede, el farmacéutico puede recibir autorización del SCFHP para surtir un suministro urgente de un medicamento cuya cantidad sea suficiente para cubrir el período de las próximas 72 horas. Deberá volver a la farmacia una vez que obtenga la aprobación del SCFHP para recoger su resurtido o suministro 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

Los medicamentos médicamente necesarios en las cantidades adecuadas tienen cobertura cuando los receta un profesional autorizado que actúa dentro el 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.
- Vitaminas prenatales y suplementos de fluoruro.
- 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 surtirán medicamentos recetados que sean equivalentes a los medicamentos genéricos, siempre que el medicamento recetado se considere médicamente apropiado y seguro para el miembro.

Consulte la sección "Programa de medicamentos recetados" de la Matriz de beneficios cubiertos por el plan de salud, en la página 32 para obtener una descripción de los copagos para los medicamentos genéricos o de marca.

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 medicamento es recetado por un médico participante para una afección que presenta un peligro vital o es recetado por un médico participante para una afección sumamente debilitante y crónica, y es médicamente necesario tratar esa afección y el medicamento es reconocido para el 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 con usted cuando sale de vacaciones, indique a su médico y a su farmacia que necesita un suministro adicional del medicamento.

SCFHP autorizará un resurtido anticipado de su receta proporcionándole un suministro del medicamento para hasta 60 días.

SCFHP solamente proporcionará autorización para un (1) suministro de resurtido por motivo de vacaciones cada año (365 días). Si su receta no incluye ningún resurtido, puede llamar a su médico para pedirle 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

En su primera visita, hable con el PCP sobre lo que debe hacer en caso de que el consultorio esté cerrado y usted considere que necesita recibir atención de urgencia. Si considera que necesita atención médica de urgencia, llame a su PCP al número que aparece en su tarjeta de ID de miembro.

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.

Al recibir servicios de atención médica de urgencia y durante horas inhábiles, tiene derecho a un intérprete que hable su idioma, incluso el lenguaje de señas, sin costo alguno para usted.

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 médicos de emergencia están cubiertos dentro y fuera del área de servicio del SCFHP. Un miembro, o alguno de sus padres, debe avisar al PCP en el transcurso de 24 horas de la emergencia o tan pronto como sea razonablemente posible, de manera que pueda recibir atención de seguimiento apropiada. Si el miembro es admitido en un hospital que no es del Plan, incluso un hospital fuera del área de servicio por una afección médica de emergencia, debe avisar al SCFHP tan pronto como sea razonablemente posible. SCFHP se reserva el derecho de trasladar al miembro a un hospital participante cuando sea razonablemente seguro hacerlo.

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 donde recibió servicios de emergencia no es un proveedor participante del SCFHP ("hospital no participante"), el hospital no participante se comunicará con el SCFHP para obtener la aprobación adecuada para que permanezca allí.

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 por los servicios si el hospital no participante no puede averiguar su nombre y no puede obtener información de contacto del SCFHP para solicitar la aprobación para proporcionarle servicios una vez está 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

Se le requerirá que pague una pequeña cantidad de dinero por algunos servicios. Esto se conoce como copago. La cantidad máxima de dinero que se le requerirá pagar en un año de beneficios por hogar es \$250. Todos los copagos pagados por los miembros de Healthy Kids en su hogar aplican al máximo de \$250.

Su prima mensual y copagos son determinados por su categoría de ingresos. Para obtener más información acerca de las Categorías de ingresos A, B y C, comuníquese con Servicios a los miembros.

El Programa Healthy Kids ha aumentado los copagos para los servicios cubiertos aplicables para los miembros que están en las Categorías de ingresos B y C. Este aumento en el copago no aplica a los miembros de la Categoría de ingresos A. Consulte las Definiciones en la página 6 de este folleto de Formulario combinado de evidencia de cobertura y autorización de divulgación (EOC/DF) para leer más acerca de las Categorías de ingresos de Healthy Kids.

No se cobrarán copagos por exámenes de rutina y atención preventiva. Adicionalmente, no se cobrará ningún copago a los miembros de 24 meses de edad o menos por atención de bebé sano, exámenes médicos y otras visitas al consultorio. No hay copagos para los miembros que se determina de acuerdo con las reglas del Programa Healthy Kids que son amerindios o nativos de Alaska. Para obtener información acerca de exenciones para amerindios o nativos de Alaska, comuníquese con **Servicios a los miembros**.

Asegúrese de guardar todos los recibos de sus visitas al médico y recetas para todos los familiares inscritos en Healthy Kids. Tan pronto como haya pagado \$250 en un año de beneficios, envíe los recibos originales y una carta a: Santa Clara Family Health Plan, 210 East Hacienda Avenue, Campbell, CA 95008.

Cuando SCFHP recibe sus recibos, entonces ningún miembro de Healthy Kids en su hogar tendrá que realizar copagos por el resto del año de beneficios. Aún deberá realizar copagos hasta que SCFHP reciba prueba de que pagó \$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:

- Cuando solicita y recibe servicios que no están cubiertos por Healthy Kids, como cirugía cosmética;
- No informa al médico que tiene Healthy Kids;
- Va al médico que le indica que no acepta Healthy Kids, pero usted le dice al médico que desea que lo examinen de todas formas y que usted pagará por los servicios por su cuenta;
- 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;
- servicios especializados que recibe si no obtuvo una autorización requerida del SCFHP antes de recibir dichos servicios (vea la página 16 "Derivación a médicos especialistas");
- 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 16) 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.

Sección 4 Elegibilidad, inscripción y costos

Disponibilidad de financiamiento para el programa

SCFHP inscribirá a un niño en Healthy Kids sólo si hay fondos disponibles para pagar la prima, los costos del plan para proporcionar cobertura de atención médica para ese niño por un año. En o antes de la fecha de aniversario de cada miembro, SCFHP determinará si hay fondos suficientes disponibles para cubrir las primas del próximo año de inscripción del miembro.

Requisitos de elegibilidad

SCFHP determinará la elegibilidad para cada niño para el que el Solicitante ha aplicado.

Para ser elegible para el programa, una persona debe:

Ser menor de 19 años de edad, y

No debe ser elegible para Medi-Cal o Medicare de alcance total sin costo o para el Healthy Families Program en el momento de la solicitud, y

Debe ser residente del Condado de Santa Clara y

Pertenecer a una familia con un ingreso del hogar mensual o anual igual o menor que 300% del Nivel federal de pobreza actual. Los ingresos familiares se ajustarán al realizar las deducciones si el trabajo de los familiares paga por pensión alimenticia o manutención, o si pagan por cuidado infantil, y

No están cubiertos por seguro médico patrocinado por el empleador o un plan de seguro médico patrocinado con fondos públicos.

No debe tener cobertura individual

Las menores embarazadas son elegibles para servicios relacionados con el embarazo según el Programa Healthy Kids. Healthy Kids automáticamente cubrirá al bebé de un miembro durante los primeros 30 días de su vida. Si usted es un miembro de Healthy Kids y tiene un bebé, comuníquese con el Departamento de servicios a los miembros para obtener información sobre las opciones de cobertura médica, incluso Healthy Kids podrían estar disponibles para su bebé.

Lista de espera

Es posible que su hijo sea colocado en una "lista de espera" para Healthy Kids:

Si SCFHP descubre que su hijo es elegible, pero el Programa Healthy Kids no tiene una fuente de financiamiento identificada para la cobertura de su hijo.

Cuando hay una fuente de financiamiento disponible, usted recibirá una carta indicándole la fecha de vigencia de la cobertura de su hijo con Healthy Kids. La carta incluirá una factura por cobertura. Debe enviar un cheque personal, cheque de caja o giro postal por la cantidad de la Contribución familiar, según se describe más adelante en esta sección en "*Primas mensuales*".

Solicitud

Para presentar una solicitud para el Programa, debe enviar al Plan toda la información, documentación y declaraciones requeridas para determinar la elegibilidad. Dicha información, documentación y declaraciones deben incluir:

El nombre y el domicilio del solicitante; y

El nombre y el domicilio de cada persona para quien está solicitando inscripción; y

Una declaración de los Ingresos del hogar del miembro, y

Una declaración indicando que hijo o hijos nombrados en el hogar están inscritos actualmente en un plan de seguro médico patrocinado por fondos públicos.

Los hijos de algunos solicitantes pueden ser elegibles para financiamiento federal o estatal para el Programa Healthy Kids. En este caso, los solicitantes deben completar una solicitud complementaria con la información por la agencia federal o estatal.

Fecha de inicio de la cobertura

La cobertura empezará el primer día del mes siguiente al mes en que se determinó la elegibilidad del niño para el Programa Healthy Kids y se identificó la fuente de financiamiento.

Continuación de cobertura entre fechas de aniversario

La cobertura se garantiza por 12 meses a partir del mes de inscripción o el mes de revisión de elegibilidad anual exitosa, como se describe a continuación. Sin embargo, la cobertura puede terminar en cualquier momento si:

SCFHP termina el programa; o

Un miembro es elegible para Medi-Cal, el programa Healthy Families o cualquier otro programa de seguro médico financiado con fondos públicos; o

Un miembro se inscribe en un plan de salud patrocinado por su empleo.

Un miembro tiene cobertura individual.

Renovación anual

El Programa Healthy Kids revisa a cada miembro una vez al año antes de la fecha de aniversario del miembro. Esta renovación anual determinará si el miembro es elegible para el programa. Si un solicitante ha aplicado para más de un miembro y estos miembros tienen diferentes fechas de aniversario, la revisión de elegibilidad anual se basará en la fecha de aniversario del último miembro que se inscribió. Los solicitantes recibirán un aviso de la renovación anual por lo menos 30 días calendario antes de la fecha de aniversario.

La inscripción continua para cada miembro se basa en si hay fondos para el pago del programa o no. En o antes de la fecha de aniversario de cada miembro, si SCFHP descubre que no hay fondos para cubrir la cobertura del miembro, se cancelará la inscripción del miembro, según se describe en la Sección 11, "*Cambios de beneficio, cancelación de la inscripción, terminación y cancelación*".

Para volver a calificar, un solicitante debe proporcionar al programa toda la información necesaria para restablecer la elegibilidad, incluyendo:

- el nombre y número de cuenta del solicitante como se indica en su declaración de facturación,
- el nombre y el domicilio de cada persona inscrita,
- declaración de ingresos brutos del hogar de cada miembro,
- y una declaración que indica si cualquier persona está inscrita actualmente en un plan de seguro médico patrocinado por el empleador.

Toda la información requerida se debe enviar por lo menos 10 días calendario antes de la fecha de aniversario.

A menos que se haya cancelado la inscripción, según se describe en esta EOC, las personas se considerarán elegibles para el programa por un año a partir de la fecha de aniversario o una fecha de revisión de elegibilidad anual posterior con base en la fecha de aniversario del último miembro inscrito por el solicitante.

Aviso de cambios de elegibilidad

Es responsabilidad del solicitante avisar al SCFHP en el transcurso de 31 días sobre todos los cambios en la elegibilidad que afecten la inscripción del miembro en el programa.

Apelación de las decisiones de inscripción

Si considera que Healthy Kids cometió un error al decidir si su hijo es elegible o no, puede presentar una apelación con el SCFHP, al llamar al 1-800-260-2055.

Responsabilidades financieras del miembro

Primas mensuales

SCFHP establece la contribución mensual de la familia. La cantidad depende del tamaño e ingresos de la familia.

Recibirá una factura mensual por correo. Su pago vencerá para el SCFHP, el 20 del mes.

Puede pagar con un cheque de caja, giro postal o cheque personal.

Puede pagar la contribución familiar de un mes; o

Puede pagar la contribución familiar de tres meses y obtener el cuarto mes de cobertura sin costo para usted; o

Puede pagar la contribución familiar de nueve meses y obtener tres meses de cobertura sin costo para usted.

Haga su pago a Healthy Kids, P.O. Box 5580, San Jose, CA 95150-5580.

Si no puede pagar, haga su solicitud de Ayuda de contribución familiar. Con base en la disponibilidad de fondos y necesidades del solicitante, SCFHP tomará la decisión y le enviará un aviso.

El SCFHP no aumentará la cantidad de contribución familiar a menos que le demos un aviso por escrito de 30 días enviado por correo regular de EE.UU. con franqueo prepago a la dirección más actualizada del solicitante en el registro del Plan.

Copagos y límites de copago

El SCFHP establece las cantidades y límites de copago de los miembros (copago).

Para algunos servicios, los clientes deben hacer un copago de \$5 a \$15. Los servicios que requieren copagos se enumeran en la Sección 6 "*Sus beneficios de atención médica*" de esta EOC. Las cantidades de copago por servicios dentales y de visión cubiertos de acuerdo con Healthy Kids se enumeran en las Secciones 8 y 9 de esta EOC.

Su familia no debe pagar más de \$250 en copagos por los servicios de atención médica durante cualquier año beneficio. Un año beneficio significa el período de 12 meses que inicia el 1 de febrero y finaliza el 31 de enero. Este límite de copago no incluye copagos por servicios dentales y de la visión. Si ha pagado más de \$250 en copagos, usted es elegible para un reembolso. Solicite un reembolso al enviarnos los recibos originales por la cantidad total que pagó. Envíe la carta solicitando el reembolso y los recibos a:

Healthy Kids

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

Excepto por el copago de \$5 a \$15 por ciertos servicios, con copagos familiares máximos anuales de \$250, que se describen anteriormente, los miembros no son responsables financieramente por los servicios que son beneficios de Healthy Kids proporcionados de acuerdo con las reglas del SCFHP según se describen en esta EOC. No se cobrarán deducibles a los miembros por beneficios médicos, dentales o de la visión.

Amerindios y nativos de Alaska

No aplicarán copagos por servicios según el Programa Healthy Kids si el solicitante envía documentación aceptable al SCFHP, la cual verifica que el solicitante es amerindio o nativo de Alaska. Adicionalmente, no hay copagos por servicios preventivos.

Otras responsabilidades financieras

Si SCFHP no le paga a un proveedor del Plan por los Servicios cubiertos, el miembro no será responsable ante el proveedor por ningún monto adeudado por el SCFHP. Sin embargo, si el Plan no le paga a un proveedor fuera del Plan por los servicios cubiertos, el miembro será responsable de pagarle al proveedor fuera del Plan por el costo de dichos servicios.

Por ejemplo, si su hijo necesita servicios que no están disponibles por medio de los proveedores del SCFHP, primero debe hablar con el PCP de su hijo. El PCP obtendrá la autorización para derivar a su hijo a un proveedor fuera de la red. Si no se dirige a su PCP para obtener la

aprobación necesaria o si no cumple con los procedimientos de derivación del SCFHP, no podrá ser cubierto por dichos servicios y es posible que sea responsable de todo el costo. Sin embargo, si necesita atención de emergencia, puede recibir los servicios de un proveedor fuera del Plan sin derivación o autorización. Vea la Sección 6, “*Servicios médicos de emergencia*” en esta EOC. Consulte “*Segunda opinión*” en la Sección 3 para obtener detalles relacionados con las Derivaciones para una segunda opinión.

Facturas por servicios

Si considera que un proveedor le ha facturado por servicios por error, puede solicitar un reembolso del SCFHP.

Envíe una copia de la factura (y si la pagó, prueba de pago) al SCFHP e incluya:

1. el nombre y el domicilio del paciente,
2. el número de identificación y número de grupo (impreso en la Tarjeta de identificación de miembro); y
3. el nombre y domicilio de cada proveedor, y la fecha y razón para cada servicio, si no está incluido ya en la factura.

Envíe su solicitud a:

Servicios a los miembros

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

El SCFHP debe recibir su solicitud de reembolso por escrito en el transcurso de 180 días a partir de la fecha del servicio. Si usted ha pagado la factura, debe incluir un recibo que resulte aceptable para el SCFHP.

Si no puede enviar su solicitud dentro de los 180 días a partir de la fecha del servicio, entonces incluya con su solicitud una explicación u otra información como prueba de sus esfuerzos de buena fe para enviar su solicitud dentro del plazo de 180 días. El SCFHP evaluará su solicitud junto con la información adicional.

Sección 5 Matriz de beneficios con cobertura del Plan de salud

ESTA MATRIZ TIENE EL PROPÓSITO DE AYUDARLO A COMPRENDER LOS BENEFICIOS CON COBERTURA Y SOLAMENTE ES UN RESUMEN. CONSULTE LAS SECCIONES DE DESCRIPCIÓN DE BENEFICIOS Y LOS BENEFICIOS EXCLUÍDOS PARA OBTENER UNA DESCRIPCIÓN DETALLADA DE LOS BENEFICIOS CON COBERTURA.

Los beneficios son prestados únicamente para servicios que son médicamente necesarios y que pueden requerir una autorización.

Algunos servicios pueden ser cubiertos y pagados por el programa California Children's Services (CCS), si se determina que el miembro es elegible para los servicios de CCS.

Llame al Programa Healthy Kids 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 	\$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

Beneficios*	Servicios	Costo para el miembro (copago) Categoría de ingresos A	Costo para el miembro (copago) Categorías de ingresos B y C
		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 	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 medicamentos 	<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 del medicamento de

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>

Beneficios*	Servicios	Costo para el miembro (copago) Categoría de ingresos A	Costo para el miembro (copago) Categorías de ingresos B y C
		<p>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>marca es medicamento 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 medicamento 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. • 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	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>

Beneficios*	Servicios	Costo para el miembro (copago) Categoría de ingresos A	Costo para el miembro (copago) Categorías de ingresos B y C
	generalmente no es útil para una persona que no tenga una enfermedad o lesión.		
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 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	Diagnóstico y tratamiento de una afección de salud mental.	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>

Beneficios*	Servicios	Costo para el miembro (copago) Categoría de ingresos A	Costo para el miembro (copago) Categorías de ingresos B y C
	Incluye, pero no se limita a los servicios de atención de salud mental para el tratamiento de enfermedades mentales graves (SMI)		
Trastorno emocional grave (SED)	Servicios de atención de salud mental para pacientes internados para el tratamiento de un miembro que se ha diagnosticado con una afección de SED.	Sin copago	Sin copago
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	<p>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.</p> <p>Los miembros de la familia pueden involucrarse en el tratamiento cuando sea médicamente necesario para la salud y recuperación del niño.</p> <p>Incluye, pero no se limita a los servicios de atención de salud mental de pacientes ambulatorios para el tratamiento de enfermedades mentales graves (SMI).</p>	\$5 por visita	\$10 por visita
Trastorno emocional grave (SED)	Visitas de atención de salud mental para pacientes ambulatorios para el tratamiento de un miembro que se ha diagnosticado con	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>

Beneficios*	Servicios	Costo para el miembro (copago) Categoría de ingresos A	Costo para el miembro (copago) Categorías de ingresos B y C
	una afección de SED.		
Tratamiento de pacientes hospitalizados por abuso de alcohol/drogas	Hospitalización para remover sustancias tóxicas del organismo.	Sin copago	Sin copago
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 \$5 por visita para terapia física, ocupacional y del habla	Sin copago excepto \$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	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>

Beneficios*	Servicios	Costo para el miembro (copago) Categoría de ingresos A	Costo para el miembro (copago) Categorías de ingresos B y C
	óptimo de los servicios de atención médica. Clases y materiales de educación en salud; clases de alimentación saludable, programas de actividad física, clases de seguridad en bicicletas, clases de paternidad, problemas de salud de los adolescentes, etc.		
Cuidados paliativos	Para los miembros diagnosticados con una enfermedad terminal y que optan por la atención en un centro de cuidados paliativos en vez de los servicios tradicionales de atención médica.	Sin copago	Sin copago
Trasplante de órganos**	Cobertura de trasplante 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	\$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".

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>

Beneficios*	Servicios	Costo para el miembro (copago) Categoría de ingresos A	Costo para el miembro (copago) Categorías de ingresos B y C
	cumpla ciertos requisitos.		
California Children's Services Program (CCS)	<p>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.</p> <p>Si se determina que la afección del miembro es elegible para servicios del CCS, el miembro permanece inscrito en el Programa Healthy Kids 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 por CCS a través de la red especializada de proveedores de CCS y los centros de especialidades aprobados por CCS.</p>	Sin copago	Sin copago
Acupuntura	<p>Se deben obtener de un proveedor participante.</p> <p>El beneficio está limitado a 20 visitas por año de beneficios</p>	\$5 por visita	\$10 por visita
Servicios quiroprácticos	<p>Se deben obtener de un proveedor participante.</p> <p>El beneficio está limitado a 20 visitas por año de beneficios</p>	\$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.		

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>

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

** Estos servicios pueden ser cubiertos y pagados por el programa California Children's Services (CCS), si se determina que el miembro es elegible para los servicios de CCS. El miembro debe llenar una solicitud para la cobertura de CCS.

Sección 6 Descripción de los 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 obstetras/ginecólogos del Programa Healthy Kids
- 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 recibidos en una habitación para dos o más personas incluyendo equipo y mobiliario habitual, comidas (incluso dietas especiales según sea médicamente necesario) y atención de enfermería general. El beneficio incluye todos los servicios auxiliares médicamente necesarios, incluyendo, pero sin limitarse a:

- 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
- Los servicios hospitalarios para pacientes internados y para pacientes ambulatorios incluyen la cobertura para anestesia general y cobros asociados del establecimiento y servicios relacionados con procedimientos dentales cuando el uso de un centro quirúrgico u hospital es requerido debido a la afección médica o estado clínico del afiliado, o debido a la gravedad del procedimiento dental. Este beneficio solamente está disponible para los miembros menores de siete (7) años de edad; los miembros con discapacidades del

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>

desarrollo, independientemente de la edad y miembros cuya salud está comprometida y para quienes la anestesia general es médicamente necesaria, sin importar su edad. El SCFHP coordinará los servicios con el plan dental de Healthy Kids.

Exclusiones

Los artículos personales o de confort o una habitación privada en un hospital están excluidos a menos que sean médicamente necesarios.

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 física, ocupacional y del habla
- 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 internados y para pacientes ambulatorios incluyen la cobertura para anestesia general y cobros asociados del establecimiento y servicios relacionados con procedimientos dentales cuando el uso de un centro quirúrgico u hospital es requerido debido a la afección médica o estado clínico del afiliado, o debido a la gravedad del procedimiento dental. Este beneficio solamente está disponible para los miembros menores de siete (7) años de edad; los miembros con discapacidades del desarrollo, independientemente de la edad y miembros cuya salud está comprometida y para quienes la anestesia general es médicamente necesaria, sin importar su edad. El SCFHP coordinará los servicios con el plan dental de Healthy Kids.

Exclusiones

Los servicios de dentistas o cirujanos orales podrían estar cubiertos de acuerdo con su Beneficio dental. Vea la página 58.

Servicios profesionales

Costo para el miembro

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

- Sin copago por servicios profesionales para pacientes internados
- 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 a un establecimiento de enfermería especializada y hospital
- 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
- 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 en salud, incluyendo 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 proporcionados por el Plan o las organizaciones de atención médica afiliadas con el Plan

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 insulino dependientes, no insulino dependientes dependientes y diabetes de la gestación
- Dispositivos desechables que son necesarios para la administración de medicamentos cubiertos, como espaciadores e inhaladores para la administración de medicamentos recetados en aerosol y jeringas para medicamentos recetados para pacientes ambulatorios autoinyectables que no se surten en jeringas llenadas previamente. El término "desechable" incluye dispositivos que se pueden usar más de una vez antes de desecharlos.
- Las vitaminas prenatales y suplementos de flúor incluidos con vitaminas o independientes de las vitaminas que requieren una receta médica
- Medicamentos administrados médicamente necesarios mientras un miembro es paciente o residente de una casa de reposo, centro de enfermería especializada, hospital para convalecientes o un centro similar cuando lo receta un médico del Plan en conexión con un servicio cubierto y proporcionado a través de una farmacia seleccionada.
- Un ciclo o curso de tratamiento de medicamentos para dejar de fumar por año de beneficios. El miembro debe asistir a clases o programas para dejar de fumar junto con el uso de los medicamentos para dejar de fumar.
- Los dispositivos y medicamentos anticonceptivos inyectables y orales que tienen la aprobación de la FDA y dispositivos anticonceptivos recetados están cubiertos, incluyendo los implantes anticonceptivos internos que se liberan con el paso del tiempo.

Para obtener información relacionada con la cobertura de medicamentos recetados, consulte "Cómo obtener beneficios de farmacia" en la página 18 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 dietéticos y alimentos medicinales (excepto fórmula o productos alimenticios especiales, cuando sean médicamente necesarios, incluso fenilcetonuria (PKU)), supresores del apetito o cualquier medicamento o medicinas para hacer dieta, a menos que sean médicamente necesarios para el tratamiento de la obesidad mórbida
- Medicamentos experimentales o de investigación.

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>

Si el SCFHP rechaza su solicitud de medicamentos recetados con base en una determinación de que el medicamento es experimental o está en fase 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 79.

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 decidir si alquila o compra el equipo estándar. La reparación o reemplazo tienen cobertura, a menos que sea como resultado de uso inapropiado o pérdidas. El equipo médico durable incluye, pero no se limita a:

- 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 una pieza de equipo que cumpla con la misma función, como una silla de ruedas y un carrito eléctrico

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 será proporcionada a las pacientes hospitalizadas por 48 horas después de un parto vaginal y por 96 horas después de una cesárea, a menos que SCFHP apruebe una estadía más prolongada. No necesita una autorización específica para permanecer en el hospital 48 horas después de un parto vaginal o 96 horas después de una cesárea, y puede permanecer en el hospital durante esos períodos a menos que usted y su médico decidan lo contrario. Si, después de consultar con usted, su médico decide darle de alta antes del período de 48 o 96 horas, SCFHP cubrirá una visita de seguimiento después del alta en el transcurso de 48 horas del alta cuando su médico lo indique. La visita incluye educación para los padres, ayuda y capacitación sobre la lactancia materna o alimentación con biberón y la realización de cualquier evaluación física neonatal o materna necesaria. El médico y usted decidirán si la visita después del alta ocurrirá en su casa, en el hospital o en el consultorio del médico, dependiendo cuál sea la mejor solución 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 prestan uno o más de los siguientes servicios: planificación familiar; servicios de anticoncepción, incluso la anticoncepción de emergencia; esterilización, incluso la ligadura de trompas al momento del trabajo de parto y el parto; tratamientos por infertilidad o abortos. Llame a su médico, al grupo médico, a asociación de práctica independiente, clínica, o a Servicios a los miembros para confirmar que puede obtener estos servicios de atención médica.

Servicios de traslado médico

Costo para el miembro

Sin copago

Descripción

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>

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. Médicamente 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.

Servicios de salud mental para pacientes ambulatorios

Costo para el miembro

\$5- \$10 por visita

Descripción

Atención de salud mental cuando la ordena y realiza un proveedor de atención de salud mental del Plan.

Esto incluye el tratamiento de menores que hayan pasado por un trauma o disfunción familiar, incluyendo abuso infantil y negligencia, violencia doméstica, abuso de sustancias en la familia, divorcio o la pérdida de algún familiar cercano.

Los familiares pueden estar involucrados en el tratamiento hasta el grado que el Plan lo considere apropiado para la salud y recuperación del niño. No hay máximo de visitas por año del beneficio para enfermedades que no cumplen con el criterio de un desorden emocional grave en un niño ni una enfermedad mental grave en un miembro de cualquier edad.

El tratamiento de un desorden emocional grave o una enfermedad mental grave no tiene límites para un máximo de visitas.

Las afecciones de un desorden emocional grave incluyen, pero no se limitan a:

- Esquizofrenia;
- Desorden esquizoafectivo;
- Desorden bipolar (enfermedad maníaco-depresiva);
- Desorden depresivo mayor;
- Desorden de pánico;
- Desorden obsesivo-compulsivo;
- Desorden del desarrollo generalizado o autismo;
- Anorexia nervosa y
- Bulimia nervosa.

Servicios de salud mental para pacientes internados

Costo para el miembro

Sin copago

Descripción

Atención de salud mental para pacientes internados y hospitalización parcial durante una hospitalización autorizada (o estadía) en un hospital del Plan cuando lo ordena y realiza un profesional de salud mental participante para el tratamiento de una fase aguda de una afección de salud mental.

No existe un límite en la cantidad de días por año de beneficios al que un miembro tiene derecho. Los Servicios para enfermedades mentales incluyen, pero no se limitan a:

- Esquizofrenia;
- Desorden esquizoafectivo;
- Desorden bipolar (enfermedad maníaco-depresiva);
- Desorden depresivo mayor;
- Desorden de pánico;
- Desorden obsesivo-compulsivo;
- Desorden del desarrollo generalizado o autismo;
- Anorexia nervosa y
- Bulimia nervosa.

Servicios en caso de abuso de drogas y alcohol para pacientes ambulatorios

Descripción

Intervención en casos de crisis y tratamiento de abuso de alcohol y drogas en pacientes ambulatorios según sea apropiado, aprobado y autorizado por el SCFHP.

Costo para el miembro

\$5- \$10 por visita.

Exclusión

Servicios que no son una intervención en caso de crisis y tratamiento de abuso de alcohol o drogas en un establecimiento residencial.

Servicios en caso de abuso de drogas y alcohol para pacientes internados

Descripción

Hospitalización por abuso de drogas y alcohol según sea médicamente adecuado para eliminar sustancias tóxicas del sistema.

Costo para el miembro

Sin copago.

Exclusión

Servicios de rehabilitación y tratamiento proporcionados después de que la sustancia tóxica ha sido eliminada del organismo.

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 domiciliaria están limitados a aquellos servicios recetados o indicados por el proveedor participante del miembro.

Si un servicio de salud básico puede ser proporcionado en más de un lugar que tenga las afecciones médicas adecuadas, queda a discreción del Proveedor de atención primaria del miembro o su red, elegir el lugar para proporcionar 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.

Acupuntura

Costo para el miembro

\$5 a \$10 de copago por visita

Descripción

Los servicios de acupuntura no requieren una autorización del Proveedor de atención primaria del miembro u 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.

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

Los miembros y sus familias pueden obtener acceso a una variedad de materiales impresos de atención médica si llaman al Departamento de servicios a los miembros o revisan una lista de materiales en nuestro sitio web.

Los programas de educación en salud también proporcionan una variedad de clases interactivas que hablan sobre comportamientos saludables y la atención de afecciones crónicas. Llame a Servicios a los miembros para inscribirse en las clases.

Cuidados Paliativos

Costo para el miembro

Sin copago

Descripción

El beneficio de cuidados paliativos se proporciona a los miembros que han sido diagnosticados con una enfermedad terminal y tienen una expectativa de vida de doce meses o menos y quienes eligen cuidados paliativos para dicha enfermedad en lugar de los servicios tradicionales cubiertos

por el Plan. Los cuidados paliativos y servicios proporcionados por un proveedor participante acreditado, es decir:

- 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

Los cuidados paliativos están limitados a esas personas que están atravesando las últimas fases de la vida debido a una enfermedad terminal y que eligen cuidados paliativos en lugar de los servicios tradicionales. Los servicios de cuidados paliativos proporcionados por un proveedor no participante no están cubiertos.

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 de hospital y médicos que sean médicamente necesarios de un donante o una persona identificada como posible donante, si estos gastos están relacionados directamente con el trasplante del 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

Estos servicios pueden ser cubiertos y pagados por el programa California Children's Services (CCS), en lugar del SCFHP, si se determina que el miembro es elegible para los servicios de CCS. El SCFHP coordinará estos servicios con CCS para el miembro. Para obtener más información sobre el programa de CCS, consulte "Coordinación de servicios" en la página 75.

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 79.

Cirugía reconstructiva

Costo para el miembro

Sin copago

Descripción

Servicios de cirugía reconstructiva realizada en estructuras anormales del cuerpo ocasionadas por defectos congénitos, anomalías del desarrollo, traumatismos, infecciones, tumores o enfermedades. Los servicios se realizan para mejorar el funcionamiento o para crear una apariencia normal hasta el grado que sea posible. Este beneficio incluye cirugía reconstructiva para restaurar y obtener una simetría después de una mastectomía. Esto incluye servicios de ortodoncia o dentales médicamente necesarios como parte de una cirugía reconstructiva del paladar hendido. El tratamiento de paladar hendido puede ser proporcionado por el programa California Children's Services (CCS) por medio de una derivación del Plan y coordinación con el programa de CCS. Sin embargo, el plan es el principal responsable de proporcionar los servicios si el niño no es elegible para CCS o si los servicios de CCS no son autorizados o proporcionados por el programa de CCS. Lea la página 76 de este folleto para obtener información sobre el programa de CCS.

Fenilcetonuria (PKU)

Costo para el miembro

Sin copago

Descripción

Los análisis y tratamiento de PKU, incluyendo fórmulas y productos alimenticios especiales que son parte de una dieta recetada por un médico acreditado y administradas por un profesional de atención médica junto con un médico especializado en el tratamiento de una enfermedad metabólica y quien participa en el SCFHP. La dieta debe ser médicamente necesaria para evitar el desarrollo de discapacidades mentales o físicas graves o para promover el desarrollo o funcionamiento 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 en fase de investigación, incluyendo el diagnóstico o tratamiento de complicaciones.

Exclusiones

Provisión de medicamentos o dispositivos aprobados por la FDA sujetos del ensayo.

Servicios que no sean servicios de atención médica como viajes, alojamiento y otros gastos no clínicos en que un miembro puede incurrir debido a la participación en el ensayo.

Cualquier artículo o servicio proporcionado únicamente para satisfacer las necesidades de análisis y recolección de datos y que no se usa 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 hay un máximo de beneficios financieros anuales o de por vida en ninguna de las coberturas del programa.

Sección 7 Servicios dentales

Liberty Dental—Healthy Kids

Sus beneficios dentales se proporcionan a través de Liberty Dental of California (Liberty Dental). Su elegibilidad para beneficios dentales inicia el primer día del mes siguiente al mes en que se aprobó su inscripción para Healthy Kids.

Para mantener sus gastos dentales a un mínimo:

- Visite a su dentista para exámenes regulares;
- Siga los consejos de su dentista sobre el cepillado y uso de seda dental regular;
- Use solamente dentistas de la red del programa y
- Busque tratamiento antes de tener un problema mayor.

Opción de dentistas y establecimientos (Cómo elegir una ubicación)

Liberty Dental contrata cientos de dentistas en el Condado de Santa Clara. Estos dentistas de la red de Liberty Dental han aceptado proporcionar beneficios cubiertos a los miembros de Healthy Kids. Puede elegir cualquier dentista de la red. El Directorio dental de Liberty está disponible en nuestro sitio web en www.SCFHP.com. También puede llamar al Departamento de Servicio al cliente de Liberty Dental y ellos le ayudarán a seleccionar un dentista. Debe ir a un dentista de la red debido a que solamente cubrimos los servicios de un dentista de la red. Si va con un dentista que no es un dentista de la red (*dentistas que no tienen contrato con Liberty Dental*), deberá pagar todos los costos del tratamiento, excepto en caso de una emergencia. Liberty Dental le enviará una tarjeta de ID.

Si tiene preguntas sobre la elegibilidad, servicios cubiertos, el rechazo de los servicios dentales o reclamos, políticas, procedimientos y operaciones de este programa o la calidad de los servicios dentales proporcionados por un dentista de la red, puede comunicarse con el Departamento de servicio al cliente de Liberty Dental al 1-888-902-0403, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. Los miembros con discapacidad auditiva o del habla pueden llamar al 1-800-735-2929.

El directorio también le proporciona información acerca de otros establecimientos e idiomas que se hablan en el consultorio. Si tiene necesidades especiales de atención médica, comuníquese al Departamento de servicio al cliente de Liberty Dental para obtener ayuda para encontrar un dentista que pueda satisfacer mejor sus necesidades (por ejemplo acceso para silla de ruedas o servicios de traducción).

Servicios de atención dental de urgencia y de emergencia

"Servicios de emergencia" significa atención de 24 horas para una afección médica que se manifiesta mediante síntomas agudos de gravedad suficiente (incluyendo dolor fuerte) como para que una persona sin conocimiento especial de los planes de salud o de odontología pueda pensar de manera razonable que, de no recibir atención médica inmediata, podría suceder lo siguiente:

- Se colocaría la salud del miembro en riesgo grave;
- Podría ocurrir una deficiencia grave o de las funciones orgánicas, o

- La disfunción grave de un órgano u otra parte del cuerpo.

"Servicios necesarios de urgencia" son aquellos servicios necesarios para evitar el deterioro grave de la salud de un miembro, como resultado de una enfermedad imprevista, lesión o complicación de una afección existente, incluyendo el embarazo, para la cual el tratamiento no se puede retrasar hasta que el miembro regrese al área de servicio del plan.

Cómo obtener servicios de atención médica de emergencia o de urgencia

No se requiere de la aprobación previa de Liberty Dental para servicios necesarios de emergencia o de urgencia. Puede recibir servicios dentales de emergencia las 24 horas del día, los siete días de la semana.

En caso de una emergencia, debe llamar a su dentista o a cualquier otro dentista de la red. Si no puede comunicarse con su dentista u otro dentista de la red, o si necesita ayuda adicional, llame al Departamento de servicio al cliente de Liberty Dental al **1-888-902-0403**, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. Los miembros con discapacidad auditiva o del habla pueden llamar al 1-800-735-2929.

Si tiene una emergencia médica, siga las instrucciones en la Sección 3 de este folleto.

Si está fuera del Condado de Santa Clara, aún tiene una cobertura de emergencia de 24 horas.

Puede obtener un servicio dental de emergencia de cualquier dentista acreditado sin aprobación previa de Liberty Dental. Todos los servicios de emergencia proporcionados por dentistas fuera del estado serán pagados a una tarifa autorizada por Liberty Dental por un tratamiento de emergencia. Es posible que un dentista fuera del estado no tenga un contrato con Liberty Dental, así que el costo del servicio podría ser más de lo que Liberty Dental paga usualmente a un dentista de la red. Si el costo del servicio es más de lo que Liberty Dental pagaría usualmente a un dentista de la red, es posible que necesite pagar la diferencia entre la cantidad que Liberty Dental paga normalmente y los cobros facturados. El dentista tratante debe llamar al 1-888-902-0403 para obtener información de pago y beneficios.

El dentista tratante le proporcionará las instrucciones de atención de seguimiento después de un servicio necesario de urgencia o de emergencia. Siga las instrucciones que le proporciona el dentista tratante sobre la atención de seguimiento o llame a su dentista para obtener más información.

Si recibe servicios no de emergencia, según lo determina Liberty Dental, de un dentista que no es un dentista de la red, usted es responsable del pago al dentista.

Continuidad de atención

Puede solicitar autorización de Liberty Dental para un tratamiento continuo de un dentista de la red cuyo contrato con Liberty Dental finalice mientras usted está bajo tratamiento con ese dentista por:

- Una afección dental aguda que involucra un inicio repentino de síntomas debido a una enfermedad, lesión u otro problema dental que requiere de una atención dental pronta y que tiene una duración limitada. La continuidad de los servicios cubiertos deberá ser proporcionada por la duración de la afección aguda.
- Atención de un bebé recién nacido entre el nacimiento y los 36 meses de edad. La continuidad de los servicios cubiertos no deberá exceder 12 meses desde la fecha de terminación del contrato, o
- Cirugía u otro procedimiento autorizado por Liberty Dental como parte de un curso de tratamiento documentado, el cual el dentista recomienda para que ocurra en el transcurso de 180 días a partir de la fecha de terminación del contrato.

Debe presentar una solicitud específica para continuar con su atención de su dentista actual. No estamos obligados a continuar con su atención con ese dentista si usted no es elegible según nuestra política o si no podemos llegar a un acuerdo con su dentista sobre los términos relacionados con su atención, de acuerdo con las leyes de California.

El dentista que finalizó su contrato debe aceptar los términos de su contrato terminado con Liberty Dental. Un dentista que ha sido despedido por un motivo o una causa disciplinaria médica, fraude o actividad criminal no es elegible para proporcionar un tratamiento continuo.

Los miembros que acaban de inscribirse también pueden solicitar autorización de Liberty Dental para continuidad de tratamiento de un dentista no participante si el dentista no participante le está proporcionando tratamiento por:

- Una afección dental aguda que involucra un inicio repentino de síntomas debido a una enfermedad, lesión u otro problema dental que requiere de una atención dental pronta y que tiene una duración limitada. La continuidad de los servicios cubiertos deberá ser proporcionada por la duración de la afección aguda.
- Atención de un bebé recién nacido entre el nacimiento y los 36 meses de edad. La continuidad de los servicios cubiertos no deberá exceder 12 meses a partir la fecha en que entra en vigencia la cobertura para un miembro con cobertura reciente; o
- Cirugía u otro procedimiento autorizado por Liberty Dental como parte de un curso de tratamiento documentado, el cual el dentista recomienda para que ocurra en el transcurso de 180 días a partir de la fecha en que entra en vigencia la cobertura para un miembro con cobertura reciente.

El dentista no participante debe aceptar los términos y afecciones de Liberty Dental aplicables a dentistas en circunstancias similares.

Puede solicitar dicha autorización al comunicarse con el Departamento de servicio al cliente de Liberty Dental al número gratuito **1-888-902-0403**, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. Los miembros con discapacidad auditiva o del habla pueden llamar al 1-800-735-2929.

Si Liberty Dental aprueba la continuidad del tratamiento por parte de un dentista despedido o fuera de la red, le otorgaremos una autorización por escrito. Los servicios continuos bajo las circunstancias anteriores deben ser servicios cubiertos de otra manera según este Formulario combinado de evidencia de cobertura y autorización de divulgación. Los miembros serán responsables de los copagos aplicables.

Puede obtener una copia de nuestra política sobre continuidad de atención de nuestro Departamento de servicios a los miembros.

Continuidad de atención para un nuevo afiliado

Si ha recibido atención de un dentista, puede tener derecho a seguir con su dentista durante un período designado. Liberty Dental proporcionará acceso a la continuidad de atención para miembros con ciertas afecciones crónicas graves o agudas u otros servicios dentales seleccionados proporcionados como parte de un curso de tratamiento continuo.

La continuidad de los servicios cubiertos será proporcionada durante un período necesario para finalizar un curso de tratamiento y para arreglar un cambio seguro a otro dentista.

Si necesita ayuda para obtener tratamiento dental para afecciones dentales crónicas graves o agudas, o desea solicitar una copia de las políticas por escrito de Liberty Dental en relación con la continuidad de atención, se puede comunicar a Servicio al cliente al número gratuito **1-888-902-0403**, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. Los miembros con discapacidad auditiva o del habla pueden llamar al 1-800-735-2929.

Cómo obtener servicios dentales

Programación de citas: después de que selecciona a un dentista de la red, llame a su dentista para programar una cita. Indique al dentista que está cubierto por Liberty Dental por medio del Programa Healthy Kids y pida al dentista que le confirme que él o ella es un dentista de la red.

Durante su primera cita, asegúrese de dar a su dentista la información siguiente:

- Número de grupo de miembro “100401” (o su tarjeta de ID);
- Nombre de su programa: Santa Clara Family Health Plan—Healthy Kids
- El número de identificación de cliente del miembro y
- La fecha e nacimiento del miembro.

Derivación a especialistas: cuando necesita servicios dentales que no puede proporcionar su dentista, él o ella le derivarán a un especialista que también sea dentista de la red. Su dentista y el especialista trabajarán juntos para atender de sus necesidades dentales. Si es necesario, Liberty Dental proporcionará un aviso a su dentista si cualquier servicio dental o reclamo es rechazado, completamente o en parte, indicando la razón específica del rechazo.

Segundas opiniones dentales

Para garantizar que los miembros reciban servicios dentales apropiados y necesarios, Liberty Dental permite que los miembros obtengan una segunda opinión. Las segundas opiniones son proporcionadas por dentistas calificados adecuadamente, especialistas o un asesor regional que lleva a cabo evaluaciones clínicas, prepara informes objetivos de las afecciones dentales y evalúa el tratamiento propuesto o que se ha proporcionado.

Las razones para una segunda opinión incluirán, pero no se limitan a las siguientes:

- Si el miembro tiene dudas sobre la necesidad o sensatez de un procedimiento recomendado.
- Si el miembro cuestiona el diagnóstico o plan de atención para una afección que podría causar la muerte, la pérdida de una extremidad, la pérdida de una función orgánica o incapacidad sustancial; incluyendo, pero sin limitarse a una afección crónica grave.
- Si las indicaciones clínicas no son claras o son complejas y confusas, un diagnóstico está en duda debido a resultados de pruebas contradictorios, o el dentista que lo está tratando no puede diagnosticar la afección, y un miembro solicita un diagnóstico adicional.
- Si el plan de tratamiento en curso no mejora la afección médica del miembro en un período apropiado dado el plan de atención y diagnóstico, y el miembro solicita una segunda opinión en relación con el diagnóstico y continuidad de tratamiento.
- Si el miembro ha intentado seguir el plan de atención o ha consultado con el dentista inicial en relación con las inquietudes graves sobre el diagnóstico o plan de atención.
- Es posible que Liberty Dental también requiera una segunda opinión antes del tratamiento cuando es necesaria para tomar una determinación del beneficio. Usted y el dentista que lo está tratando recibirán un aviso cuando una segunda opinión es necesaria y apropiada. Cuando se autoriza una segunda opinión, todos los cobros serán pagados por el programa.

Liberty Dental responderá a su solicitud de una segunda opinión en el transcurso de 72 horas después de recibir la solicitud y la información que necesitan para hacer una determinación. En caso de una emergencia, puede recibir servicios sin previa autorización hasta que usted esté estable. Los miembros pueden recibir una copia del plazo de la segunda opinión y los procedimientos de Liberty Dental. Llame a Liberty Dental al número gratuito **1-888-902-0403**, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. Los miembros con discapacidad auditiva o del habla pueden llamar al 1-800-735-2929.

El miembro es responsable de los copagos para solicitar una segunda opinión. Liberty Dental paga el examen de la segunda opinión más dos (2) rayos X de diagnóstico. Si el dentista solicita

los rayos X del dentista anterior, es posible que usted sea responsable de pagar una cuota de no más de \$5.

Si un miembro está solicitando una segunda opinión de la atención de un dentista de atención primaria, el miembro puede seleccionar a cualquier dentista en la red de Liberty Dental.

Si un miembro está solicitando una segunda opinión respecto de la atención de un especialista, el miembro puede seleccionar cualquier proveedor de la misma especialidad en la red de Liberty Dental. Si no hay un proveedor participante en la red de Liberty Dental calificado para proporcionar una segunda opinión, Liberty Dental autorizará una segunda opinión de un dentista calificado adecuadamente fuera de la red de Liberty Dental. Liberty Dental tendrá en cuenta la capacidad del miembro para viajar hasta el consultorio de proveedor.

Los proveedores de segundas opiniones deben enviar al miembro y al dentista de atención primaria el informe de asesoría, incluyendo cualquier procedimiento o pruebas recomendadas que el segundo proveedor considere apropiadas.

En caso que Liberty Dental rechace la solicitud de un miembro para una segunda opinión, Liberty Dental avisará al miembro por escrito las razones del rechazo y le informará acerca de su derecho a presentar un reclamo al Santa Clara Family Health Plan.

Responsabilidades de pago

Otros cobros (copagos)

Liberty Dental paga a su dentista directamente. El acuerdo de Liberty Dental con su dentista garantiza que usted no será responsable con el dentista por ningún dinero por el pago de un beneficio cubierto que no sean los copagos. Los copagos son la mínima cuota requerida por el programa, que usted paga a su dentista en el momento que le proporcionan el servicio. No se requieren copagos por servicios preventivos. Su copago combinado con el pago hecho por Liberty Dental proporcionará el pago completo a su dentista por sus servicios. Los copagos por cada servicio específico se muestran en el Cuadro de beneficios (matriz) en las páginas 66 a la 69 de nuestra EOC de Healthy Kids. No hay un máximo anual de copagos por servicios dentales.

Máximo anual

Hay un máximo anual de \$1500 por sus beneficios dentales.

Responsabilidad del suscriptor o afiliado por el pago

Además de los copagos por servicios seleccionados, usted debe pagar por cualquier beneficio dental opcional o no cubierto que elige que le realicen.

Servicios opcionales o que no califican: con frecuencia existen varias opciones, o diferentes métodos que un dentista puede tomar para tratar las necesidades dentales. Este programa está diseñado para cubrir el tratamiento dental con la opción más rentable que sea consistente con las buenas prácticas profesionales. Si solicita un tratamiento que sea más costoso, debe pagar por los cobros en exceso del beneficio dental cubierto.

Por ejemplo, si un relleno de metal repararía el diente y usted elige que le coloquen una corona, usted es responsable de pagar la diferencia entre el costo de la corona y el costo del relleno. Debe pagar este dinero directamente a su dentista.

Citas canceladas: es posible que su dentista le cobre una cuota de \$5 si no avisa con por lo menos 24 horas de anticipación que necesita cancelar su cita. Esta cuota no se cobrará si existen circunstancias razonables que impiden que avise con 24 horas de anticipación.

Sus beneficios dentales

Liberty Dental cubre varias categorías de beneficios cuando esos servicios son proporcionados por un dentista de la red y cuando son necesarios y usuales según las normas generalmente aceptadas de práctica dental. Puede encontrar un cuadro de beneficios dentales en la página 66 de su EOC de Healthy Kids.

Beneficios de diagnóstico y preventivos

Diagnóstico: exámenes orales periódicos e integrales, rayos X, tratamiento y visitas de emergencia al consultorio y cuidados paliativos y consulta con un especialista.

Preventivo: profilaxis (limpieza), tratamiento con fluoruro, sellantes dentales e instrucciones de higiene oral.

Retenedores de espacios: los beneficios cubiertos incluyen retenedores de espacios, incluyendo del tipo de bandas fijas y acrílicos.

Beneficios de periodoncia, endodoncia, cirugía oral y restauración

Restauración: restauraciones de amalgama, resina compuesta, acrílico, sintéticas o de plástico (rellenos) para el tratamiento de caries (picaduras). Acumulación de pasadores y pasadores relacionados junto con una restauración. Las bases sedativas y rellenos sedativos también se incluyen como beneficios y se pueden incluir en la tarifa por la restauración final.

Cirugía oral: extracciones, retiro quirúrgico de dientes lastimados, biopsia de tejidos orales y otros procedimientos quirúrgicos como: alveolectomías, escisión de quistes y neoplasmas, tratamiento de abultamientos mandibulares, frenectomía, incisión y drenaje de abscesos, tratamiento de canales (procedimiento separado) y servicios posoperatorios incluyendo exámenes, retiro de suturas y tratamiento de complicaciones.

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>

Endodoncia: revestimientos directos de esmalte dental, pulpotomía vital y terapéutica, apexificación, rellenos con hidróxido de calcio, amputación de raíces, terapia de canales, apicectomía y pruebas de vitalidad.

Tratamiento periodontal: raspado radical y limpieza de sarro y raspado subgingival; gingivectomía y cirugía mucogingival u ósea.

Beneficios de puente fijo y coronas

Coronas: incluyendo las hechas de acrílico, acrílico con metal, porcelana, porcelana con metal, metal completo, revestimiento de oro o corona de tres cuartos y acero inoxidable según sea necesario para tratar las caries que no se pueden restaurar directamente con rellenos de amalgama, resina compuesta, acrílico, sintéticos o de plástico. Los pasadores de mariposa relacionados y acumulación de pasadores también están incluidos.

Puentes fijos: que son moldeados, horneados en porcelana con metal o plástico procesado en oro. Los beneficios incluyen: (1) reconstrucción de coronas, puentes, incrustaciones y recubrimientos son un beneficio cubierto, (2) muñón y pilar vaciado, incluyendo retención de vaciado debajo de la corona y (3) reparación o reemplazo de coronas, soportes o pónicos son un beneficio cubierto.

Beneficios de prótesis removibles

Dentaduras postizas: los beneficios cubiertos incluyen la construcción o reparación de dentaduras postizas parciales y dentaduras postizas completas cuando se proporcionan para reemplazar dientes naturales faltantes. Los beneficios también incluyen recubrimientos o reconstrucciones de laboratorio o en el consultorio; reparación de dentaduras postizas; ajustes de dentaduras postizas, preparación del tejido y prótesis parciales. Los implantes se deben considerar un beneficio opcional.

Beneficios de ortodoncia: el tratamiento de ortodoncia no es un beneficio de este plan dental.

Sin embargo, el tratamiento de ortodoncia será proporcionado por el programa California Children's Services (CCS) si el miembro cumple con los requisitos de elegibilidad para la cobertura de ortodoncia médicamente necesaria según el programa de CCS.

Otros beneficios dentales: otros beneficios dentales incluyen: (1) anestésicos locales; (2) sedantes orales cuando son surtidos en un consultorio dental por un profesional actuando dentro del alcance de su acreditación, (3) óxido nitroso cuando es proporcionado en un consultorio dental por un profesional actuando dentro del alcance de su acreditación. Coordinación de beneficios con el SCFHP en caso de que la hospitalización o en un centro de cirugía para pacientes ambulatorios sea apropiada para los servicios dentales. El siguiente cuadro resume sus beneficios dentales según el programa Healthy Kids y sus responsabilidades de copago.

El siguiente cuadro resume sus beneficios dentales según el programa Healthy Kids y su responsabilidad de copago:

Cuadro de beneficios (matriz)

Esta matriz se pretende que sea usada para ayudarlo a comparar los beneficios de cobertura y solamente es un resumen. Deberá consultar la evidencia de cobertura y el contrato del plan para obtener una descripción detallada de los beneficios y limitaciones de su cobertura.

<i>Descripciones de categorías</i>	<i>Copago</i>	<i>Limitaciones</i>
Servicios dentales		
Visitas de diagnóstico: incluyendo exámenes, consultas, sellantes, profilaxis, tratamientos de emergencia, rayos X, fotografías, biopsias de tejido oral e informes histopatológicos generales y microscópicos.	Ninguno	
Cirugía oral: todos los procedimientos quirúrgicos orales están cubiertos, incluyendo medicamentos y anestesia, excepto como se especifica a continuación:	Ninguno	
Retiro de dientes impactados parcialmente osificados	\$5	
Retiro de dientes impactados completamente osificados	\$5	
Cirugía ósea y mucogingival, por cuadrante	\$5	
Retiro de raíces o puntas de la raíz, cubiertas completamente por hueso	\$5	El copago de \$5 es por raíz.
Retiro de raíces o puntas de la raíz, no cubiertas completamente por hueso	\$5	El copago de \$5 es por raíz.
Periodoncia: todos los procedimientos de periodoncia están cubiertos.	Ninguno	
Cirugía ósea y mucogingival, por cuadrante	\$5	
Endodoncia: todos los procedimientos de endodoncia están cubiertos, excepto como se especifica a continuación:		
Tratamiento de canales anteriores	\$5	El copago de \$5 es por canal
Tratamiento de canales bicúspides	\$5	El copago de \$5 es por canal

<i>Descripciones de categorías</i>	<i>Copago</i>	<i>Limitaciones</i>
Tratamiento de canales molares	\$5	El copago de \$5 es por canal.
Apicectomía: procedimiento quirúrgico junto con los rellenos de canales	\$5	El copago de \$5 es por canal o
Apicectomía (procedimiento quirúrgico separado), por diente	\$5	El copago de \$5 es por canal
Odontología de restauración y restauración con amalgamas: todos los procedimientos están cubiertos	Ninguno	
Restauraciones de plástico y compuestas: todas las restauraciones de plástico y compuestas están cubiertas	Ninguno	
Coronas:		
Coronas de porcelana,	\$5	
Coronas de porcelana fundidas en metal,	\$5	
Coronas, vaciado, completas y tres cuartos	\$5	
Prótesis:		
Póntico de puente fijo, metal vaciado	\$5	
Póntico de puente fijo, porcelana fundida en metal	\$5	
Póntico de puente fijo, plástico procesado en metal	Ninguno	
Reconstrucción y reparaciones de coronas y puentes: todas las reconstrucciones y reparaciones de coronas y puentes	Ninguno	
Prostodoncia removible:		
Dentadura postiza maxilar completa (incluye dentadura postiza inmediata)	\$5	
Dentadura postiza mandibular completa (incluye dentadura postiza inmediata)	\$5	

<i>Descripciones de categorías</i>	<i>Copago</i>	<i>Limitaciones</i>
Dentadura postiza parcial superior e inferior: con dos ganchos de cobalto cromados o soldadura de cobalto de cromo ensamblados con fijaciones oclusales y dientes necesarios, base de acrílico, base de resina (incluyendo cualquier gancho convencional, fijaciones y dientes), incluye parcial unilateral	\$5	
Dentadura postiza parcial superior e inferior: estructura de metal vaciado con bases de la dentadura postiza de resina (incluyendo cualquier gancho convencional, fijaciones y dientes), incluye parcial unilateral	\$5	
Recubrimiento parcial fijo vaciado en metal	\$5	
Dispositivos dentales flexibles, adicional	Ninguno	
Ajuste de dentadura postiza, por visita	Ninguno	
Reconstrucción: dentadura postiza Dentadura postiza completa o parcial, por arco	\$5	
Recubrimiento: dentadura postiza Dentadura postiza completa o parcial, en el consultorio, curado en frío, por arco	Ninguno	
Recubrimiento: dentadura postiza Dentadura postiza completa o parcial, procesada en el laboratorio, por arco	\$5	
Preparación de tejido, límite dos por dentadura postiza	Ninguno	
Duplicación de la dentadura postiza ("puente", "reconstrucción"), base de la dentadura postiza, incluyendo reemplazo de dientes necesarios, por dentadura postiza parcial, superior e inferior. Reemplazo de todos los dientes y acrílico en estructura de metal vaciado.	\$5	
Completa o parcial, sobredentadura por informe	\$5	
Reparaciones de dentaduras postizas: todas las reparaciones de dentaduras postizas están cubiertas	Ninguno	
Retenedores de espacios: todos los retenedores de espacios están cubiertos	Ninguno	

Exclusiones y Limitaciones

Los rayos X dentales están limitados como sigue:

- Los rayos X de mordida están limitados a una serie de cuatro placas en cualquier período consecutivo de seis meses. Sin embargo, las placas periapicales o de mordida aislada son permitidos en casos de emergencia o por episodios.
- Los rayos X de toda la boca junto con un examen periódico están limitados a una vez cada 24 meses consecutivos.
- Las placas panorámicas están limitadas a una vez cada 24 meses consecutivos.

Los servicios de **profilaxis** (limpiezas) no deben exceder más de dos en un período de 12 meses.

Los **tratamientos de selladores dentales** son para primeros y segundos molares permanentes solamente.

Las **restauraciones** están limitadas como sigue:

- Si el diente se puede restaurar de manera adecuada con materiales de restauración de amalgama, resina compuesta, acrílico, sintético o plástico, cualquier otra restauración como una corona o cubierta se considerarán opcionales.
- Las restauraciones de resina compuesta o acrílico en dientes posteriores son opcionales.
- Solamente las restauraciones con micro relleno que son no cosméticas están permitidas.
- El reemplazo de una restauración está cubierta solamente cuando está defectuosa, como se evidencia por medio de afecciones como caries o fracturas recurrentes y el reemplazo es dentalmente necesario.

La **extracción quirúrgica** de dientes impactados está cubierta solamente cuando existe evidencia de una patología.

El **tratamiento de canales**, incluyendo el cultivo de un canal está limitado como sigue:

El segundo tratamiento de canales es un beneficio cubierto solamente si hay signos clínicos o radiológicos

de una patología y el paciente está experimentando síntomas. La extracción o

segundo tratamiento de puntos de plata, relleno en exceso, relleno deficiente, rellenos incompletos o instrumentos rotos

alojados en un canal, en ausencia de una patología, no son un beneficio cubierto.

El **raspado periodontal y limpieza de sarro**, y el curetaje subgingival están limitados a cinco tratamientos de cuadrante en 12 meses consecutivos.

Las **coronas** están limitadas como sigue:

- El reemplazo de cada unidad está limitado a uno cada 36 meses consecutivos, excepto cuando la corona ya no es funcional, según lo determina el plan de subcontratación.
- Solamente las coronas acrílicas y las coronas de acero inoxidable son un beneficio para los niños de menos de 12 años de edad. Si elige otro tipo de corona como beneficio opcional para niños de menos de 12 años de edad, el nivel del beneficio dental cubierto será el de una corona acrílica.

- Las coronas estarán cubiertas solamente si no hay calidad de retención suficiente en el diente para sostener un relleno; por ejemplo, si las paredes bucales o linguales están fracturadas o deterioradas hasta el grado que no sostienen un relleno.

Los puentes fijos están limitados como sigue:

- Los puentes fijos se usarán solamente cuando un puente parcial no puede restaurar satisfactoriamente el diente. Si se utilizan puentes fijos cuando un puente parcial podría restaurar satisfactoriamente el diente, éste se considera un tratamiento opcional.
- Un puente fijo está cubierto cuando es necesario para reemplazar un diente anterior permanente faltante en una persona de 16 años o más y la salud oral y las afecciones dentales generales lo permiten. Para un menor de 16 años, se considera un tratamiento dental opcional. Si se realiza en un miembro menor de 16 años, el solicitante debe pagar la diferencia en el costo entre el puente fijo y un retenedor de espacios
- Los puentes fijos utilizados para reemplazar dientes posteriores faltantes se consideran opcionales cuando el diente de soporte está en buenas afecciones y se le colocará una corona solamente con el propósito de sostener un pónico.
- Los puentes fijos son opcionales cuando se proporcionan en conexión con una dentadura postiza parcial en
 - el mismo arco.
 - El reemplazo de un puente fijo existente está cubierto solamente cuando no se puede realizar
 - una reparación satisfactoria.

Se permiten cinco unidades de coronas o trabajos de puente por arco. La sexta unidad se considera una reconstrucción total de la boca y es un tratamiento opcional.

Dentaduras postizas (maxilar completa, mandibular completa, superior parcial, inferior parcial), dientes, ganchos, reparación de dentaduras postizas, ajuste y duplicación, preparación del tejido (dos por dentadura postiza) y

dispositivos dentales flexibles están limitados como sigue:

Las dentaduras postizas parciales no se reemplazarán en el transcurso de 36 meses consecutivos, a menos que:

- Sea necesario debido a la pérdida natural de dientes en donde la adición o reemplazo de los dientes para el parcial existente no es factible o
- La dentadura postiza no es satisfactoria y no se puede hacer de manera satisfactoria.
- El beneficio dental cubierto para dentaduras postizas parciales estará limitado a los cobros por una dentadura postiza acrílica o de cromo si esto restaura satisfactoriamente un arco. Si el paciente y el dentista eligen un aparato de precisión o más elaborado y no es necesario para restaurar satisfactoriamente el arco, el solicitante será responsable de los cobros adicionales.
- Una dentadura postiza parcial removible se considera una restauración adecuada de un caso cuando hay dientes faltantes en ambos lados del mismo arco dental. Otros tratamientos de dichos casos se consideran opcionales.

- Las dentaduras superiores o inferiores completas no se reemplazarán en el transcurso de 36 meses consecutivos a menos que la dentadura postiza existente no sea satisfactoria y no se pueda hacer un recubrimiento o reparación satisfactoria.
- El beneficio dental cubierto para una dentadura postiza completa estará limitado al nivel de beneficio para un procedimiento estándar. Si el paciente y el dentista eligen un tratamiento más personalizado o especializado, el solicitante será responsable de los cobros adicionales.

Los recubrimientos o reconstrucciones de laboratorio o en el consultorio están limitados a uno por arco en 12 meses consecutivos.

Las prótesis parciales son un beneficio únicamente cuando se usan como retenedores de espacios anteriores para niños y para reemplazar dientes anteriores extraídos para adultos durante un período de sanación.

El siguiente cuadro resume sus beneficios dentales según el programa Healthy Kids y su responsabilidad de copago:

Quejas

Los miembros que tengan alguna queja que involucre los servicios recibidos de Liberty Dental se deben comunicar al SCFHP al 1-800-260-2055. Consulte la Sección 11, Procedimiento de reclamos y apelaciones, en este folleto de EOC en la página 79.

Sección 8 Servicios de la visión

Sus beneficios de visión se proporcionan a través de Vision Service Plan ("VSP"). VSP a través de su extensa red para los miembros cubiertos bajo Healthy Kids. VSP ha hecho todos los esfuerzos para asegurarse que las oficinas de sus proveedores sean accesibles para personas discapacitadas. Si no puede localizar a un proveedor accesible, llame al número gratuito de Servicio al cliente de VSP al 1-800-877-7195 y un representante de servicio al cliente le ayudará a encontrar un proveedor alternativo.

Cómo obtener servicios de la visión

Cuando necesite beneficios de la visión de un médico de VSP, comuníquese con VSP al 1-800-877-7195 o con el médico de VSP. Si usted es elegible, VSP le proporcionará una autorización del beneficio al médico. Cuando se recibe dicha autorización y los servicios se prestan antes de la fecha de vencimiento de la autorización, esto constituirá un reclamo contra el plan en vista de la terminación de la cobertura o la terminación del plan. Si recibe servicios de un médico de VSP sin dicha autorización u obtiene servicios de un proveedor fuera de la red, usted es responsable del pago completo al proveedor. Cuando asiste a una cita, asegúrese de llevar su tarjeta de identificación de Healthy Kids, la cual contiene información importante para su médico. Si no tiene una lista de médicos de VSP en Santa Clara, puede obtener una en el sitio web de VSP en <http://www.vsp.com>, llamando a VSP al 1-800-877-7195 o al comunicarse con Servicios a los miembros o escribir a:

Vision Service Plan
Attn.: Customer Service
P.O. Box 997100
Sacramento, CA 95899-7100

Sus beneficios visuales

Examen de la vista: cada miembro tiene derecho a un examen completo de la vista, incluyendo un análisis de los ojos y estructuras relacionadas, según sea adecuado para determinar la presencia de problemas de la visión u otras anomalías como sigue:

Historial del caso: revisión de la razón principal de la visita del miembro, historial pasado, medicamentos, salud general, síntomas oculares e historial familiar.

Evaluación del estado de salud del sistema visual, incluyendo:

- examen externo e interno, incluyendo oftalmoscopia directa o indirecta;
- evaluación de la integridad neuronal, incluyendo la de los reflejos pupilares y músculos extraoculares;
- biomicroscopía del segmento anterior del ojo, incluyendo la observación de la córnea, cristalino, iris, conjuntiva, párpados y pestañas;
- evaluación de campos visuales y
- prueba de la presión por medio de la tonometría.

Evaluación del estado refractivo, incluyendo:

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>

- evaluación de la agudeza visual;
- evaluación subjetiva, refractiva y de la función acomodativa y
- pruebas objetivas de la graduación del paciente por medio de la retinoscopia.

Prueba de función binocular.

Diagnóstico y plan de tratamiento, si es necesario.

Los exámenes de la visión están limitados a una vez en un período de doce meses, el cual inicia con la fecha del último examen.

Lentes: el médico de VSP ordenará los lentes adecuados necesarios para su visión. El médico verificará la precisión de los lentes terminados. Los lentes están limitados a uno cada período de 12 meses.

Marcos: se proporciona una asignación para marcos de aproximadamente \$75 por medio del plan de visión. Si un miembro elige un marco que excede la asignación del plan, el miembro paga la diferencia. El médico de VSP ayuda en la elección de los marcos, los ajusta de manera adecuada y proporciona ajustes subsiguientes de los marcos para mantener la comodidad y eficiencia. Los marcos están limitados a uno cada período de 12 meses.

Lentes de contacto médicamente necesarios: un médico de VSP puede recetar lentes de contacto médicamente necesarios para ciertas afecciones. Un médico debe recibir aprobación previa de VSP para lentes de contacto médicamente necesarios.

Cuando el médico de VSP recibe aprobación previa para dichos casos, estos están cubiertos completamente por VSP y serán EN LUGAR DE LOS BENEFICIOS ADICIONALES PARA ESE PERÍODO DE ELEGIBILIDAD. Los lentes de contacto están limitados a uno cada período de 12 meses.

Lentes de contacto de elección: se proporciona una asignación de \$110 por el costo de un examen, evaluación de lentes de contacto, costos de adaptación y materiales. Esta asignación es en lugar de todos los beneficios incluyendo los costos del examen y materiales. El miembro es responsable de cualquier costo que exceda esta asignación. Los lentes de contacto están limitados a uno cada período de 12 meses.

Visión baja: *limitaciones*, un beneficio de visión baja se proporciona a los miembros que tienen problemas visuales graves y que no se pueden corregir con lentes regulares. Este beneficio requiere aprobación previa de VSP. Con esta aprobación previa, se proporcionan las pruebas y atención suplementaria, incluyendo terapia de visión baja según sea médicamente necesaria o apropiada.

Beneficios de visión baja:

Pruebas suplementarias: sin copago y

Atención suplementaria: copago de \$5.

Con la aprobación previa de VSP, los beneficios de visión baja obtenidos de un proveedor fuera de la red son reembolsados de acuerdo con la tarifa para los proveedores aprobados por VSP para este beneficio.

Exclusiones y Limitaciones

Los beneficios de servicio de visión excluyen:

Beneficios que no son necesarios ni apropiados.

Beneficios que no se obtienen en cumplimiento con las reglas y políticas del plan de visión del miembro.

Capacitación de visión.

Lentes aniseicónicas.

Lentes planos, de menos de 38 dioptrías.

Dos pares de anteojos en lugar de bifocales, a menos que sean médicamente necesarios y con la autorización previa del plan de visión.

Reemplazo o reparación de lentes o marcos rotos o perdidos.

Tratamiento médico o quirúrgico de los ojos.

Servicios o materiales para los que el miembro está cubierto según la política de compensación al trabajador.

Exámenes de la vista o cualquier antejo de corrección, requerida como una afección del empleo.

Servicios o materiales proporcionados por cualquier otro beneficio de grupo proporcionado para la atención de la visión.

No hay un beneficio por servicios o materiales profesionales en conexión con:

Lentes bifocales invisibles (bifocales que no tienen una línea de división visible).

Lentes de contacto excepto como se especifica antes.

Lentes de mayor tamaño (más grandes de los lentes estándar sin graduación para adaptar la receta).

Lentes multifocales progresivos.

Lentes con revestimiento o laminados.

Lentes con protección UV.

Otros procesos cosméticos opcionales.

Lentes fotocromáticos o entintados.

Responsabilidades de pago

Usted paga el copago al médico por los servicios cubiertos por el plan. VSP paga al médico directamente, según su acuerdo con el médico. En afecciones de emergencia, cuando se necesita

atención inmediata de la visión, puede obtener servicios cubiertos al comunicarse con un médico de VSP. El reembolso se hará según el acuerdo entre VSP y el médico. En caso de la terminación de la membresía de un médico en VSP, VSP seguirá siendo responsable de los servicios del médico prestados a usted en el momento del despido y permitirá que el médico continúe proporcionándole los beneficios del plan hasta que finalicen los servicios o hasta que VSP haga arreglos razonables y apropiados para la provisión de dichos servicios por medio de otro médico de VSP.

Provisión de servicios de la visión fuera de la red

No hay beneficios fuera de la red.

Apelaciones de reclamos

Si un miembro presenta un reclamo a VSP por reembolso, VSP deberá avisar al miembro por escrito si el reclamo es rechazado, completamente o en parte y la razón del rechazo. En el transcurso de 180 días después de recibir dicho aviso, un miembro puede presentar una solicitud por escrito a VSP para la revisión de dicho rechazo. Al comunicarse con VSP, el miembro debe indicar la razón por la que el miembro considera que el rechazo del reclamo es equivocado y proporcionar cualquier documento pertinente que el miembro desee que se revise. Si el miembro elige no seguir con este proceso con VSP, el miembro puede presentar un reclamo al SCFHP siguiendo las instrucciones de la página 79, "*Procedimientos de reclamos y apelaciones*" de este folleto.

VSP revisará el reclamo y proporcionará al miembro la oportunidad de revisar los documentos pertinentes, enviar cualquier declaración, documentos o argumentos por escrito que respalden el reclamo y presentar personalmente estos materiales o argumentos. La determinación de VSP, incluyendo las razones específicas de la decisión, o un aviso de la fecha de resolución esperada por VSP, se proporcionará e informará al miembro por escrito en el transcurso de 30 días calendario después de recibir la solicitud de revisión.

Quejas

Los miembros que tengan algún reclamo que involucre los servicios recibidos de VSP se deben comunicar al SCFHP al 1-800-260-2055. Consulte la página 79, Procedimiento de reclamos y apelaciones, en este folleto de EOC.

Sección 9 Coordinación de servicios

California Children's Services (CCS)

Como parte de los servicios proporcionados a través del Healthy Kids, los miembros que necesitan atención médica especializada pueden ser elegibles para estos servicios a través del programa California Children's Services (CCS).

CCS es un programa de California que trata a niños con ciertas afecciones incapacitantes físicamente, quienes necesitan atención médica especializada. Este programa está disponible para todos los niños en California cuyas familias cumplen con ciertos requisitos de elegibilidad médicos, financieros y residenciales. Todos los niños inscritos en el Programa Healthy Kids se considera que cumplen con los requisitos de elegibilidad financiera del programa de CCS. Los servicios prestados a través del programa de CCS son coordinados por la oficina de CCS del condado.

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 es elegible para los servicios de CCS, el miembro seguirá inscrito en el Programa Healthy Kids. Él o ella será derivado y recibirá tratamiento para la afección elegible a través de la red especializada de proveedores de CCS y los centros especializados aprobados de CCS. Estos proveedores de CCS y centros especializados están altamente capacitados para tratar afecciones elegibles para CCS. Los servicios de CCS se deben obtener de los proveedores oficiales de CCS. El pago por los servicios elegibles de CCS obtenido de un proveedor no oficial de 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.

A pesar de que se ha determinado que todos los niños inscritos en Healthy Kids son financieramente elegibles para el programa de CCS, la oficina de CCS debe verificar la afección migratoria de cada niño en el programa de CCS. Si un miembro es derivado al programa de CCS, tutor legal del miembro deberá llenar una pequeña solicitud para verificar su afección migratoria y asegurar la coordinación de la atención del miembro después de haber hecho 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.

Sección 10 Servicios excluidos

Los servicios siguientes están excluidos del Programa Healthy Kids 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. Cualquier servicio que se reciba después de que termine la cobertura. Esta exclusión no aplica a los servicios cubiertos para tratar complicaciones de los servicios recibidos antes de la fecha en que entra en vigencia la cobertura del miembro.
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 anteojos o lentes de contacto necesarios después de una cirugía de catarata cubiertos bajo el beneficio "Anteojos y lentes para cataratas". Su plan de visión separado a través de VSP proporciona cobertura para anteojos.
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. Alimentos médicos o suplementos alimenticios que se administran por vía oral o enteral para el tratamiento de una afección médica se excluyen de la cobertura, excepto por el tratamiento de PKU y los productos enterales para niños que están seriamente discapacitados de menos 12 años de edad, que se explican de mejor manera en la página 45.

Sección 11 Proceso de reclamos y apelaciones

Nuestro compromiso con usted es garantizar no solamente calidad de atención, sino que también calidad en el proceso de tratamiento. Esta calidad de tratamiento se extiende desde los servicios profesionales proporcionados por los proveedores participantes hasta la cortesía extendida hacia a usted por nuestros representantes de Servicios a los miembros.

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 ante el SCFHP en cualquier momento siempre que sea dentro de 180 días calendario después de cualquier incidente o acción que ocasionó que se sintiera descontento con el servicio o atención que recibió. Puede obtener una copia del Procedimiento y política de reclamos llamando a Servicios a los miembros. Para iniciar el proceso de reclamos, puede llamar, escribir, enviar un correo electrónico o enviar un fax al SCFHP al:

Santa Clara Family Health Plan
210 East Hacienda Avenue
Campbell, CA 95008
1-800-260-2055
1-408-874-1968
<http://www.scfhp.com>

GrievanceDepartment@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 solicita es rechazada, retrasada o modificada por el SCFHP o un proveedor participante, puede ser elegible para un Revisión médica independiente (IMR). Si su caso es elegible y envía una solicitud de IMR al Department of Managed Health Care (DMHC),

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>

la información sobre su caso se enviará a un especialista médico quien la revisará y hará una determinación independiente. Usted recibirá una copia de la determinación. Si el especialista de IMR lo determina así, SCFHP proporcionará cobertura para 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 California Department of Managed Health Care es responsable de regular los planes de servicio de atención médica. Si usted tiene una queja contra SCFHP, deberá llamar por teléfono primero a Servicios a los miembros y usar el proceso de quejas del SCFHP antes de comunicarse con el California 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 una queja que involucre una emergencia, una queja que no haya sido resuelta en forma satisfactoria por el SCFHP o una queja que haya permanecido sin resolver por más de 30 días, puede llamar al California 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 IMR le brindará una opinión imparcial de las decisiones médicas tomadas por parte de un plan de salud relacionado con la necesidad médica de un servicio o tratamiento propuesto, decisiones de cobertura para tratamientos que son experimentales o de investigación por naturaleza, así como disputas de pago por servicios de emergencia y servicios médicos de urgencia. El Department of Managed Health Care tiene un número telefónico gratuito, **1-888- HMO-2219**, para recibir quejas relacionadas con los planes de salud. Las personas que tienen discapacidad auditiva o del habla pueden usar la línea TDD (**1-877- -688-9891**) para comunicarse con el Department of Managed Health Care. Además, el sitio web del Department of Managed Health Care (<http://www.hmohelp.ca.gov>) tiene formularios de quejas, 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 del contrato

firmado con el miembro. También corresponde solicitar arbitraje para todos los reclamos legales, acción civil u otra disputa relacionada con el contrato firmado entre el miembro y SCFHP, a excepción de los reclamos por mala práctica médica. Con excepción de los casos que se presentan en el Tribunal de Reclamaciones Menores, esto significa que tanto SCFHP como el miembro aceptan renunciar a sus derechos de contar con un juicio por jurado o en una corte.

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.

Cancelación automática de la inscripción en el SCFHP

Healthy Kids cancelará automáticamente 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.

Sección 12 Información general

Continuidad de beneficios individuales

El SCFHP no proporciona cobertura individual a los miembros cuando la cobertura bajo el programa de Healthy Kids ha terminado. Cuando la cobertura bajo el Programa Healthy Kids finaliza, los miembros (o los padres del miembro) deben buscar cobertura de otro plan de salud.

Exclusión de cobertura duplicada

Si un miembro también tiene derecho a los beneficios bajo cualquiera de los programas enumerados a continuación, SCFHP no será responsable de la parte de los beneficios adeudados a esos programas:

Cualquier otro programa de beneficios del gobierno federal, estatal, del condado o de cualquier otra subdivisión política, incluyendo California Children's Services.

Los costos razonables de los servicios proporcionados en un establecimiento de administración de Veteranos o en un establecimiento del Departamento de defensa, siempre que la persona no esté prestando servicio activo.

Otros programas de cobertura médica que prestan servicios gratuitos o sin esperar pago.

Responsabilidad de Terceros

Si un miembro sufre una lesión debido a la acción o falta de acción de otra persona (un "tercero"), SCFHP proporcionará los servicios cubiertos que el miembro necesita como resultado de esa lesión. El SCFHP entonces buscará el reembolso del miembro o el tercero, según las provisiones de recuperación de terceros de esta EOC.

Al aceptar los servicios cubiertos según esta Evidencia de cobertura, el miembro acepta reembolsar al SCFHP por sus gastos razonables de atención médica pagados por el Plan por la lesión, si el miembro recupera el monto por daños o conciliación por la lesión. El miembro acepta asignar su derecho a esos fondos al SCFHP. El SCFHP tendrá derecho a recibir una cantidad que, como máximo, sea igual al 100% de sus gastos de atención médica razonables para el miembro, en relación con la lesión. La cantidad pagada al SCFHP no puede exceder la cantidad máxima permitida por la ley.

El miembro deberá reembolsar al SCFHP por esos servicios, tan pronto como el miembro recupere la cantidad por daños o conciliación, ya sea por medio de una acción judicial o de otra forma. La cantidad recibida por el SCFHP puede ser reducida por medio de la parte prorrata del SCFHP de los costos de la corte y honorarios de abogados, si se tomó alguna acción legal.

Cada miembro deberá ejecutar cualquier asignación, formas de gravámenes o cualquier otro documento legal solicitado por el SCFHP para permitir que el Plan recupere sus gastos de atención médica.

Si un miembro no busca recuperar los gastos por las lesiones que recibió o no busca recuperar los gastos de atención médica, SCFHP se reserva el derecho de tomar acción legal para recuperar

sus gastos de atención médica del tercero o intervenir en la acción judicial del miembro. El miembro cooperará con el SCFHP en dicha acción.

Es necesario que el miembro proporcione al SCFHP un gravamen, por una cantidad que no exceda el menor de (a) los costos razonables de proporcionar servicios de atención médica relacionados con la lesión y (b) las cantidades permitidas por la ley. El gravamen se puede presentar con el tercero cuya acción ocasionó las lesiones, su agente o la corte.

Compensación de trabajadores

De acuerdo con cualquier ley de responsabilidad del empleador o compensación de trabajadores u otra legislación de propósito o importe similar, si un tercero es responsable de todo o parte del costo de los servicios médicos proporcionados por el SCFHP, entonces SCFHP proporcionará los beneficios de este acuerdo solamente con la afección de que el miembro acepte proporcionar al SCFHP un gravamen hasta el grado del valor razonable de los servicios proporcionados por el SCFHP. El gravamen se puede presentar con el tercero razonable, su agente o la corte. El valor razonable se determinará como el costo usual, común o razonable para los servicios en el área geográfica en donde se prestan los servicios.

Al aceptar la cobertura bajo el Programa Healthy Kids, los miembros aceptan cooperar en la protección de los intereses del SCFHP según esta provisión y ejecutar y entregar al SCFHP o a su representante cualquiera y toda las asignaciones u otros documentos que sean necesarios o adecuados para cumplir en su totalidad y proteger los derechos del SCFHP o su representante. Los miembros también aceptan cooperar completamente con el SCFHP y no tomar ninguna acción que pueda perjudicar los derechos del SCFHP de acuerdo con esta provisión.

Coordinación de Beneficios

Al inscribirse en el SCFHP, cada miembro acepta completar y enviar al SCFHP dichos consentimientos, divulgaciones, asignaciones y cualquier otro documento solicitado de manera razonable por el SCFHP para asegurar y obtener el reembolso y para coordinar la cobertura con otros planes de salud, contratos o pólizas de seguro.

Pago a los proveedores

El SCFHP posee contratos con una amplia variedad de proveedores de atención médica. Esto ayuda a asegurar que los miembros tengan acceso a todos los servicios cubiertos. Los contratos de los proveedores del SCFHP describen la manera en la que los proveedores reciben el pago por los servicios que prestan a los miembros.

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

Capitación: se le paga al proveedor una suma fija por cada miembro al mes. Por lo general, esta suma se ajusta tomando como base la edad y sexo del miembro.

Tarifa por servicio: se le paga al proveedor por cada servicio que proporciona al miembro. La tarifa se basa en una lista predeterminada de tarifas.

Per diem: las instituciones como los hospitales reciben una cantidad acordada por cada día de Servicios 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.

Los grupos de proveedores que poseen contratos con el SCFHP reciben pago por capitación. A su vez, estos grupos de proveedores les pagan a sus diferentes proveedores mediante sueldo, 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.

Participación pública

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

Las reuniones de su Junta Directiva están abiertas al público y será bienvenido si quiere asistir.

Puede unirse a nuestro Comité de asesoría al consumidor. El comité asesora al SCFHP sobre programas y servicios.

Puede obtener los nombres de los miembros de la Junta Directiva al llamar a Servicios a los miembros del SCFHP. Si está interesado en asistir 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.

Declaración de no Discriminación

La sección 506 de la ley de rehabilitación de 1973 indica que ninguna persona discapacitada será excluida de la participación, ni se le negarán los beneficios, ni será sujeto de discriminación bajo cualquier programa o actividad que reciba o de los beneficios de asistencia financiera federal con base en su discapacidad. La Ley de americanos con discapacidades de 1990 prohíbe a los destinatarios de cualquier financiamiento federal de discriminar con base en la discapacidad. La Ley protege a los solicitantes y afiliados con discapacidades que reciben servicios y requieren de afecciones razonables para los solicitantes y afiliados 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 rechazará la cobertura, ni rechazará la continuidad de cobertura, ni limitará la cantidad, grado o tipo de cobertura disponible para una persona, ni cobrará una tarifa diferente por la misma cobertura solamente por causa de una incapacidad física o mental.

Leyes aplicables

El SCFHP está sujeto a los requisitos de la Ley Knox-Keene de California, Capítulo 2.2 de la División 2 del Código de Salud y Seguridad de California y las regulaciones establecidas en el Subcapítulo 5.8 del Capítulo 3 del Título 10 y Título 28 del Código de regulaciones de California. Cualquier provisión requerida en este programa de beneficios por la Ley Knox Keene o las regulaciones será vinculante para el SCFHP, incluso si no se incluye en esta EOC o en el Acuerdo 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.

Instrucción anticipada

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>

Hable con su proveedor sobre una instrucción anticipada, un documento que describirá sus deseos si usted no pudiera comunicarlos en el momento del servicio. También puede nombrar a un representante de atención médica quien hablará por usted y cumplirá sus deseos si es necesario.

Sección 13 Aviso de prácticas de privacidad

Fecha de vigencia: 1 de enero de 2011

Un mensaje para los miembros del Santa Clara Family Health Plan

Este aviso describe cómo se puede utilizar y divulgar la información de salud referente a usted y cómo puede usted obtener acceso a esta información.

SÍRVASE REVISARLO CUIDADOSAMENTE.

En este aviso utilizamos los términos "nosotros", "nos" y "nuestro" para describir al Santa Clara Family Health Plan.

Como su plan de salud, las leyes estatales y federales exigen a Santa Clara Family Health Plan (SCFHP) que protejamos su privacidad. Debemos proporcionarle este aviso que le indica cómo podemos usar y compartir su información. También le informa cuáles son sus derechos.

Su información es personal y privada

Obtenemos información sobre usted de las agencias federales, estatales y locales cuando es elegible para inscribirse en nuestro plan de salud. También obtenemos información de salud de sus médicos, clínicas, laboratorios y hospitales, de manera que podamos aprobar y pagar su atención médica.

¿Qué es la "información de salud protegida"?

Su información de salud protegida ("PHI") es información de salud que contiene identificadores, como su nombre, número de Seguro Social y otra información que revela quien es usted. Por ejemplo, su registro médico es PHI ya que incluye su nombre y otros identificadores.

Nuestro personal sigue políticas y procedimientos que protegen su información de salud proporcionada a nosotros de forma oral, escrita o electrónica. Nuestro personal recibe capacitación que cubre maneras internas en que se puede usar la PHI oral, escrita y electrónica de los miembros o la manera en que se puede divulgar en la organización. Todo nuestro personal que tendrá acceso a su información de salud ha sido capacitado sobre las leyes de privacidad y seguridad de la información. El personal tiene acceso sólo a la cantidad de información que necesitan para su trabajo.

Nuestros empleados también siguen prácticas, políticas y procedimientos internos para proteger cualquier conversación sobre su información de salud. Por ejemplo, los empleados no tienen permitido hablar sobre su información en el elevador o en los pasillos. Los empleados también deben proteger cualquier documento escrito o electrónico que contenga su información de salud en toda la organización.

Nuestros sistemas de computadora protegen su PHI electrónica en todo momento por medio de varios niveles de protección por contraseña y tecnología de software. Las máquinas de fax, impresoras, fotocopias, pantallas de las computadoras, estaciones de trabajo, discos de medios portátiles que contienen su información se protegen cuidadosamente de otras personas que no deben tener acceso. Los empleados deben asegurarse que la PHI del miembro sea recogida de las máquinas de fax, impresoras y fotocopias y que sólo las personas que tienen acceso la reciban. Los dispositivos de medios portátiles que contienen PHI están codificados y deben tener protecciones de contraseñas aplicadas. La pantalla de la computadora debe estar bloqueada cuando los empleados están lejos de sus escritorios y oficinas. Las gavetas de las estaciones de trabajo y gabinetes que contienen PHI tienen candados seguros colocados en las mismas.

Cambios al Aviso de prácticas de privacidad

Debemos obedecer el aviso que estamos usando ahora. Tenemos derecho a cambiar estas prácticas de privacidad. Cualquier cambio en nuestras prácticas aplicará a toda nuestra información de salud. Si hacemos cambios requeridos por la ley, le daremos aviso.

Cómo podemos usar y compartir información sobre usted

Podemos usar y compartir su información únicamente para las operaciones de tratamiento, pago y atención médica. Alguna de la información que usamos y compartimos es:

- Su nombre,
- Dirección,
- Detalles personales,
- Atención médica proporcionada a usted,
- El costo de su atención médica, y
- Su historial médico.

Algunas acciones que tomamos cuando actuamos como su plan de salud incluyen:

- Verificar si tiene cobertura,
- Aprobar, proporcionar y pagar por los servicios,
- Investigar o iniciar procedimientos legales de los casos (como fraude)
- Comprobar la calidad de la atención que recibe,
- Asegurarnos que reciba toda la atención que necesita.

Algunos ejemplos de por qué debemos compartir su información con otras personas involucradas en su atención médica son:

- **Para tratamiento:** es posible que necesite tratamiento médico que debe ser aprobado con anticipación. Compartiremos información con médicos, hospitales y otros, para asegurarnos de reciba la atención que necesita.
- **Para pago:** usamos su PHI para pagar los reclamos de atención médica enviados a nosotros por su atención médica. Cuando hacemos esto, compartimos información con los médicos, clínicas y otros que nos envían facturas por su atención. Y es posible que enviemos las facturas a otras organizaciones o planes de salud para el pago.

- **Para las operaciones de atención médica:** es posible que usemos la información de su registro médico para comprobar la calidad de la atención que recibe. Podemos usar esta información en auditorías, programas para evitar el fraude y abuso, planificación y administración general.

Otros usos para su información de salud

La siguiente es una descripción de otras maneras posibles en las que podríamos (y tenemos permitido) usar o divulgar su información de salud protegida:

- Podríamos proporcionar información a una agencia de supervisión de salud para actividades autorizadas por la ley. Las actividades de supervisión pueden incluir auditorías, investigaciones, inspecciones y acreditación o acciones disciplinarias. Estas actividades son necesarias para que el gobierno supervise los programas gubernamentales, sistema de atención médica y el cumplimiento con las leyes de derechos civiles.
- Usted o su médico, hospital y otros proveedores de atención médica podrían no estar de acuerdo si decidimos no pagar por su atención. Podemos usar su información de salud para revisar estas decisiones.
- Podemos compartir su información de salud con grupos que verifican cómo funciona nuestro plan de salud al proporcionar los servicios.
- Podemos compartir información con las personas involucradas en su atención médica o con su representante personal.
- Debemos compartir su información de salud con el gobierno federal cuando está verificando cómo cumplimos las leyes de privacidad.
- Podremos divulgar su información para actividades de salud pública. Estas actividades pueden incluir, pero no se limitan a las siguientes:
 - Evitar o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades;
 - Reportar nacimientos y muertes;
 - Reportar abuso infantil o negligencia;
 - Reportar problemas con medicamentos y otros productos médicos;
 - Avisar a las personas sobre el retiro de productos que puedan estar usando; y
 - Avisar a una persona que podría haber estado expuesta a una enfermedad o que puede estar en riesgo de contraer o transmitir una enfermedad o afección.

Cuándo se necesita un permiso por escrito

Si deseamos utilizar su información para cualquier propósito que no se menciona anteriormente, debemos obtener su permiso por escrito. Si nos da su permiso, puede retirarlo por escrito en cualquier momento.

¿Qué son sus derechos de privacidad?

Tiene derecho a pedirnos que no usemos ni compartamos su información de atención médica protegida. Le enviaremos un formulario para que llene indicándonos lo que desea. O bien, podemos llenar el formulario por usted. Es posible que no podamos aceptar su solicitud.

Tiene derecho a pedirnos que nos comuniquemos con usted solamente por escrito o a una dirección diferente, apartado postal o por teléfono. Aceptaremos solicitudes razonables para proteger su privacidad, cuando sea necesario.

Usted o su representante personal tienen derecho a obtener una copia de su información de salud. Le enviaremos un formulario para que llene indicándonos de que desea copia. Es posible que tenga que pagar los costos de las copias y el envío por correo de los registros. (Es posible que ocultemos ciertas partes de su registro por razones permitidas por la ley.)

Tiene derecho a solicitar que se cambie la información de su registro si no está completa o si no es correcta. Le enviaremos un formulario para que llene indicándonos qué cambios desea. Podremos rechazar su solicitud si:

- La información no es creada o guardada por el SCFHP, o
- La información no es parte de un conjunto estándar de información guardada para uso, o
- La información ha sido recopilada en un caso judicial u otras acciones legales, o
- Consideramos que es correcta y completa.

Le informaremos si aceptamos hacer los cambios que desea. Si no aceptamos realizar los cambios que desea, le enviaremos una carta indicándole por qué. Puede pedirnos que revisemos nuestra decisión si no está de acuerdo con la misma. También podrá enviar una declaración indicando por qué no está de acuerdo con nuestros registros. Conservaremos su carta con su registro.

Importante

Tenga en cuenta que Santa Clara Family Health no tiene copias completas de sus registros médicos. Si quiere ver, copiar o cambiar sus registros médicos, deberá ponerse en contacto con su médico, clínica u hospital.

Cuando compartimos su información de salud, tiene derecho a solicitar una lista de:

- Con quién compartimos la información,
- Cuándo la compartimos,
- Por qué razones y
- Qué información compartimos.

Esta lista no incluirá información que le hayamos proporcionado a usted, con su autorización o para operaciones de tratamiento, pago o del plan de salud.

Tiene derecho a solicitar una copia impresa de este Aviso de prácticas de privacidad.

También puede encontrar este Aviso en nuestro sitio web en: www.scfhp.com

¿Cómo se puede comunicar con nosotros para usar sus derechos?

Si desea usar cualquiera de los derechos de privacidad que se describen en este Aviso, llame o escribanos a:

SCFHP Privacy Officer
Santa Clara Family Health Plan
210 E. Hacienda Avenue
Campbell, CA 95008
Número gratuito: 1-800-260-2055
TTY: 1-800-735-2929

Quejas

Si considera que no hemos protegido su privacidad y desea quejarse, puede presentar una queja (o reclamo) por teléfono o por escrito o se puede comunicar con una de las siguientes agencias:

SCFHP

Compliance and Privacy Officer
210 East Hacienda Avenue
Campbell, CA 95008
Número gratuito: 1-800-260-2055
TTY: 1-800-735-2929

O bien, se puede comunicar con las agencias siguientes:

Privacy Officer

(Funcionario de Privacidad)

California Department of Health Care Services

1501 Capitol Avenue, MS0010
Sacramento, CA 95899
1-916-440-7750 o 1-877-735-2928 (TTY)
Correo electrónico: Privacyofficer@dhcs.ca.gov

O

Secretary of the U.S. Department of Health and Human Services

Office for Civil Rights
Attention: Regional Manager
90 Seventh Street, Suite 4-100
San Francisco, CA 94103
1-415-437-8310 o 1-415-437-8311 (TTY)

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>

Para obtener información adicional, puede llamar al 1-800-368-1019

o

U.S. Office for Civil Rights al 1-866-OCR-PRIV (1-866-627-7748) o 1-866-788-4989 (TTY)

Use sus derechos sin miedo

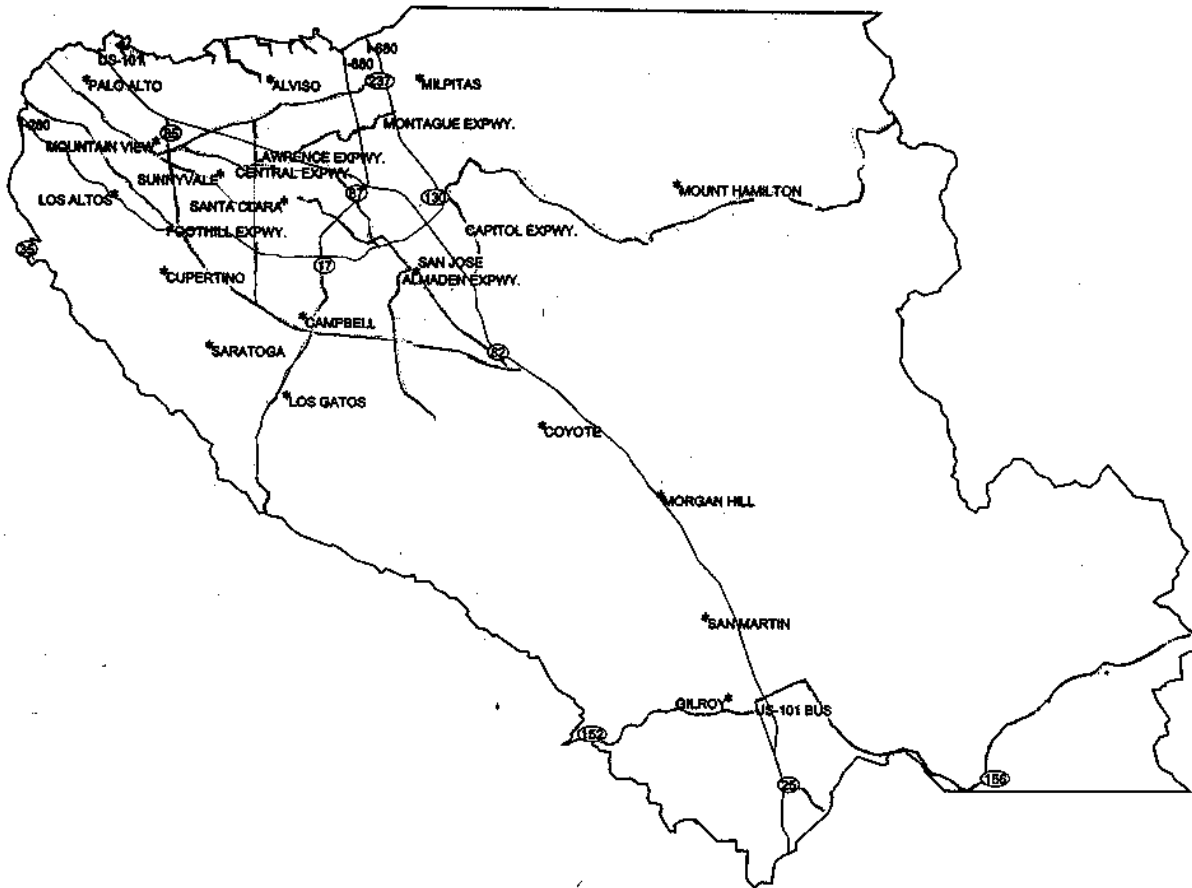
No podemos quitarle sus beneficios de atención médica ni hacer nada para perjudicarlo de ninguna forma si presenta una queja, exige o hace uso de cualquiera de los derechos de privacidad de este aviso.

Preguntas

Si tiene preguntas sobre este Aviso y desea más información, comuníquese con el Oficial de privacidad del SCFHP a la dirección y número de teléfono anteriores.

Para obtener una copia de este Aviso en otros idiomas, Braille, letra grande o casete de audio o CD-ROM, llame o escriba a la Oficina de privacidad del SCFHP al número o a la dirección que se indicaron anteriormente.

Sección 14 Santa Clara Family Health Plan Área de servicio





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