



Manual para los Miembros

y Evidencia de Cobertura

HealthWorx HMO

Last Updated: 12/01/2023

Nuestra Unidad de Servicios al Miembro está disponible para ayudarlo

Llámenos al **1-800-750-4776** (número telefónico gratuito) o al **650-616-2133**

Miembros con dificultades auditivas:
TTY 1-800-855-3000 o marque el **7-1-1**

De lunes a Viernes:
Por teléfono 8:00am-6:00pm
Horario de oficina 8:00am-5:00pm

Solicitud de impresión en caracteres grandes

Si desea una copia de este manual en letra grande, llame al Departamento de Servicios al Miembro.

Declaración de privacidad

El Health Plan of San Mateo garantiza la privacidad de su registro médico. Si tiene alguna pregunta o desea obtener más información, llame a Servicios al Miembro.

Our Member Services department Is Available to Help You

Call us at **1-800-750-4776** (toll free) or **650-616-2133**

Hearing Impaired:
TTY 1-800-735-2929 or dial **7-1-1**

Monday-Friday:
Phone 8:00am-6:00pm
Office hours 8:00am-5:00pm

Large-print Request

If you would like a large-print copy of this book, please call Member Services

Privacy Statement

Health Plan of San Mateo ensures the privacy of your medical record. For questions and more information, please call Member Services.

我們的會員服務部可為您提供協助

請撥打我們的電話 **1-800-750-4776**
(免費) 或 **650-616-2133**

有聽力障礙者：
TTY 1-800-735-2929 或撥 **7-1-1**

星期一到星期五
電話：上午 8:00 至晚上 6:00
辦公室服務時間：上午 8:00 至下午 5:00

大字版需求

若您需要本手冊的大字版，請致電會員服務部

隱私權聲明

聖馬刁健康計劃 (HPSM) 會為您保密病歷資訊。
如有疑問或需要更多資訊，請致電會員服務部

Handa kayong Tulungan ng aming Yunit para sa mga Serbisyo sa mga Miyembro

Tawagan kami sa **1-800-750-4776**
(walang bayad) o sa **650-616-2133**

May Kapansanan sa Pandinig:
TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang **7-1-1**

Lunes hanggang Biyernes
Telepono: 8:00 a.m. hanggang 6:00 p.m.
Mga oras ng opisina: 8:00 a.m.
hanggang 5:00 p.m.

Paghiling para sa Pagkakalimbag na may Malalaking Letra

Kung gusto ninyong makakuha ng librong ito na malalaki ang mga letra sa pagkakalimbag, mangyaring tawagan ang mga Serbisyo para sa mga Miyembro

Pahayag tungkol sa pagiging pribado ng impormasyon

Tinitiyak ng Health Plan of San Mateo ang pagiging pribado ng inyong medikal na rekord. Para sa karagdagang katanungan at impormasyon, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo para sa mga Miyembro.

Health Plan of San Mateo

Programa HMO de HealthWorx

Manual para miembros y comprobante de cobertura

Índice

Aviso de prácticas de privacidad	2
NOTIFICACIÓN SOBRE LA NO DISCRIMINACIÓN	10
Notificación de disponibilidad de servicios de asistencia de idioma y medios de ayuda y servicios auxiliares	12
Introducción	15
Bienvenidos	15
Acerca de Health Plan of San Mateo	15
Primas, elegibilidad, inscripción, terminación para trabajadores de Servicios de Apoyo en el Hogar (In-Home Supportive Services, IHSS)	16
Primas, elegibilidad, inscripción, terminación, para los empleados de medio tiempo de la Ciudad de San Mateo	17
Sección 1: Definiciones	22
Sección 2: Derechos y responsabilidades del miembro	30
Sección 3: Uso del plan de salud	33
Sección 4: Procedimientos para obtener los servicios de atención médica	41
Sección 5: Responsabilidad financiera de los miembros	55
Sección 6: Servicios cubiertos, beneficios y copagos	57
Sección 7: Exclusiones y limitaciones sobre los beneficios	77
Sección 8: Proceso de reclamaciones y apelaciones	84
Sección 9: Información general	88

Aviso de prácticas de privacidad

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO PUEDE UTILIZARSE Y DIVULGARSE SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO USTED PUEDE OBTENER ACCESO A ESA INFORMACIÓN. SÍRVASE LEERLO CUIDADOSAMENTE.

HPSM se compromete a proteger su información de salud, la cual es cualquier información sobre:

- Su salud física o mental pasada o presente.
- Cualquier pago por servicios de salud que pueda identificarse con usted como individuo.

Algunos ejemplos de información de salud son su nombre, fecha de nacimiento, diagnósticos, tratamientos médicos, y reclamos médicos, raza, origen étnico, idioma, identidad de género y orientación sexual.

Este aviso contiene un resumen de las prácticas de privacidad de HPSM y los derechos de usted como miembro de HPSM relacionados con su información de salud. Explica:

- Cómo HPSM protege su información de salud de acuerdo con las leyes estatales y federales.
- Cómo puede HPSM utilizar y divulgar legalmente su información de salud. ("Uso" se refiere a cómo compartimos la información dentro de HPSM. "Divulgar" se refiere a compartir información fuera de HPSM).
- Cómo puede acceder a su información de salud.

Este aviso *solo* cubre las prácticas de privacidad de HPSM. Su proveedor puede tener diferentes políticas en relación al uso y divulgación que haga de la información de salud que se genere en su consultorio.

Si tiene alguna pregunta sobre este aviso, llame a Servicios al miembro de HPSM al **1-800-750-4776**. El horario de atención es de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 6:00 p.m. Los miembros de CareAdvantage de HPSM deben llamar al 1-866-880-0606. El horario de atención es de lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Los miembros con dificultades auditivas o del habla pueden llamar al Servicio de retransmisión de mensajes de California (CRS) al **1-800-855-3000** o marcar **7-1-1**.

Este aviso entra en vigor a partir del: 1 de octubre de 2024

Requisitos legales de HPSM en materia de información de salud

La ley nos exige:

- Mantener la seguridad y privacidad de la información electrónica y escrita, incluyendo procedimientos físicos, técnicos y administrativos para prevenir el acceso no autorizado a su información de salud protegida.
- Asegurarnos de que la información de salud que le identifica se mantenga privada.
- Proporcionarle este aviso sobre prácticas de privacidad.
- Cumplir con los términos del aviso que está actualmente vigente.

Cómo podemos utilizar o divulgar su información de salud

Las leyes estatales y federales le permiten a HPSM utilizar y divulgar la información de salud de nuestros miembros sin autorización por escrito. A continuación se incluye una lista de los tipos de información de salud y ejemplos de usos y/o divulgaciones. No incluye todos los usos y divulgaciones permitidos posibles. No pretende limitar los usos y divulgaciones que están permitidos por la ley. Sin embargo, todas las formas en las que se nos permite usar y divulgar su información de salud apuntan a alguno de los siguientes propósitos:

- **Pago de servicios de salud.** Examinamos su información de salud antes de autorizar el pago de un tratamiento solicitado por su proveedor para asegurarnos de que sea médicamente necesario.
- **Mejorar las operaciones de HPSM.** También podemos usar la información de salud de los miembros para evaluar el rendimiento de nuestros proveedores y comparar la calidad de nuestros servicios con la de otros planes de salud.
- **Administración de la atención.** Compartir su información de salud con sus proveedores nos permite examinar sus tratamientos y medicamentos para asegurarnos de que no entran en conflicto entre sí.
- **Referencias de recursos.** Podemos identificar y recomendar beneficios, servicios y/o programas de HPSM basados en su información de salud.
- **Contratistas que colaboran en nuestras operaciones.** Los contratistas acuerdan mantener en forma confidencial y segura su información de salud, y utilizarla solo para ayudarnos. Por ejemplo, nosotros contratamos a un “Administrador de beneficios de farmacia” y le proporcionamos la información que necesita para pagar los reclamos de farmacia de los miembros.
- **Patrocinadores de programas de seguros médicos.** Los empleadores y otras organizaciones contratan a HPSM para que les prestemos servicios de atención médica y paguemos los reclamos. Ellos acuerdan mantener en forma confidencial y segura su información de salud, y utilizarla solo para ayudarnos. Si usted cuenta con un patrocinador del plan, podemos notificarlo cuando se inscriba o cancele su membresía en nuestro plan. También podemos divulgar su información de salud para que el patrocinador pueda auditar el desempeño de HPSM.
- **Miembros de su familia o personas involucradas en su atención o el pago de sus servicios de atención.** Podemos divulgar su información de salud a miembros de su familia o a otras personas que paguen su atención médica. Lo haríamos si fuera necesario para permitirles pagar su atención o tomar decisiones sobre ella. Solo podemos divulgar su información de salud si usted está presente y está de acuerdo con que se realice la divulgación, excepto cuando:
 - Su condición médica le impide tomar decisiones y creemos que divulgar su información sería lo mejor para usted.
 - Después de su muerte (a menos que usted nos indique de antemano que no desea compartir su información).
- **Escuelas.** Una escuela puede estar legalmente obligada a contar con comprobantes de inmunización (vacunación) de un alumno al momento de su inscripción o mientras esté inscrito en la escuela. En esos casos, podemos proporcionarle a la escuela la cartilla de inmunización (vacunación) de ese alumno.

En situaciones especiales

Divulgamos información de salud sobre usted:

- **Cuando lo requiera la ley federal, estatal o local.**
- **Para evitar un grave riesgo a su salud y seguridad o a la salud y seguridad de otras personas.** Únicamente divulgaríamos la información a alguien que pudiera ayudar a evitar dicho riesgo.
- **Si usted es miembro de las fuerzas armadas o veterano de guerra** según lo requieran las autoridades militares o para ayudar a determinar su derecho a recibir beneficios de veterano.

- **Si usted está recluido en una institución correccional** como parte de la coordinación de su atención.
- **A programas que proporcionan compensaciones al trabajador** y otros beneficios por lesiones o enfermedades de naturaleza laboral.
- **Para actividades de salud pública**, tales como:
 - Prevención o control de enfermedades, lesiones o discapacidades.
 - Notificar el abuso o negligencia infantil.
 - Notificar nacimientos o fallecimientos.
 - Notificar reacciones a medicamentos o problemas con determinados productos.
 - Notificar la retirada de productos del mercado que pueda estar utilizando.
 - Notificarle si podría haber estado expuesto a una enfermedad o que pudiera estar en riesgo de contraer o propagar una enfermedad.
 - Notificar a las autoridades gubernamentales correspondientes si consideramos que usted ha sido víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica. Solo llevaremos a cabo esta divulgación si usted está de acuerdo o cuando lo autorice la ley.
- **A agencias de supervisión de la salud** para actividades autorizadas por la ley. Por ejemplo, podemos divulgar su información de salud a la agencia pública responsable de supervisar las operaciones de HPSM. Estas actividades son necesarias para que el gobierno pueda vigilar el sistema de atención médica y los programas gubernamentales de beneficios de salud.
- **Para demandas judiciales y litigios** si lo ordena un juzgado, tribunal, citación u otro proceso legal. Solo lo hacemos después de haber intentado infructuosamente notificarlo acerca de la solicitud u obtener una orden que proteja la información solicitada.
- **A funcionarios encargados de hacer cumplir la ley** en circunstancias limitadas (es decir, si el funcionario lo solicita o para informar de una conducta criminal). Generalmente, esto tendría que estar relacionado con una investigación criminal, una orden judicial, una orden emitida por un tribunal o una actividad de seguridad nacional legalmente autorizada.
- **Para ayudar en una misión militar** u otra actividad gubernamental relacionada con los servicios de inteligencia, seguridad nacional o de protección al Presidente.
- **A médicos forenses, legistas y directores funerarios** de manera que puedan desempeñar sus funciones tras el fallecimiento de los miembros.
- **A organizaciones que realicen trasplantes de órganos** que trabajen en el trasplante de órganos o tejidos con el fin de facilitar un trasplante.
- **50 años después de fallecido.** Podríamos divulgar la información de salud de los miembros que han muerto a cualquier agencia si el miembro falleció al menos 50 años antes.
- **A organizaciones de ayuda en casos de desastre.** Si decide que no desea que divulguemos su información para fines de ayuda en casos de desastre, usted tiene el derecho de impedir dicha divulgación.

Todos los ejemplos anteriores están sujetos a las prohibiciones y condiciones que explicamos a continuación en relación con la atención de la salud reproductiva.

Limitaciones legales

Cumplimos con leyes que pueden limitar o evitar las divulgaciones indicadas anteriormente. Por ejemplo:

- Hay límites especiales en la divulgación de información de salud relacionada con el VIH/SIDA,

tratamiento de salud mental, discapacidades del desarrollo y tratamiento por abuso de drogas y alcohol.

- No utilizaremos ni divulgaremos los expedientes que recibamos sujetos al 42 C.F.R. Parte 2, ni testimonios que transmitan el contenido de dichos expedientes, en procedimientos civiles, penales, administrativos o legislativos contra usted, a menos que contemos con su consentimiento por escrito o con una orden judicial, previa notificación y oportunidad de ser oído en juicio. Cualquier orden judicial que recibamos para un uso o divulgación de estos expedientes debe ir acompañada de una citación u otra obligación legal antes de que podamos utilizar o divulgar el expediente.
- La información sobre raza, origen étnico, idioma, identidad de género y orientación sexual no puede utilizarse en la suscripción, fijación de tarifas, negación de servicios, cobertura y determinación de beneficios.
- No podemos vender su información.

Autorización

Aparte de las situaciones descritas anteriormente, no permitimos el uso y divulgación de su información de salud sin su permiso o autorización por escrito. Por ejemplo, solo con su autorización, podríamos utilizar y compartir su información de salud para fines de investigación. Su decisión de darnos su autorización no afecta su tratamiento médico, beneficios del plan de salud, pago del tratamiento o elegibilidad de inscripción. Tiene derecho de revocar su autorización incluso después de haber firmado una autorización para el uso o divulgación de su información de salud. En ese caso, dejaríamos de utilizar o divulgar su información de salud con ese fin. Sin embargo, no podemos revertir las divulgaciones que ya hubiéramos realizado durante el tiempo en que tuvimos su autorización para hacerlo.

- **Usos y divulgaciones relacionados con la atención de la salud reproductiva.** A menos que hayamos recibido una autorización suya, tenemos prohibido divulgar su información de salud cuando la solicitud la realice alguien que no sea usted o su representante personal para cualquiera de las siguientes actividades (“Fines prohibidos”):
 - Para realizar una investigación penal, civil o administrativa o imponer una responsabilidad penal, civil o administrativa sobre alguna persona por el mero acto de procurar, obtener, brindar o facilitar atención de la salud reproductiva, cuando dicha atención de la salud sea legal bajo las circunstancias en las cuales se brinda.
 - La identificación de cualquier persona con el fin de llevar a cabo dicha investigación o imponer dicha responsabilidad.

Por ejemplo, podemos recibir una citación judicial solicitando los expedientes de un miembro, y la citación se emitió en un caso que buscaba procesar a un proveedor por recetar un medicamento que podría interrumpir un embarazo o afectar a la fertilidad, o procesar a un miembro por tomar dicho medicamento. En esa situación, si la prescripción o la ingestión de ese medicamento era legal en esas circunstancias, tenemos prohibido proporcionar cualquier información de salud protegida (PHI) en respuesta al pedido.

Si recibimos una solicitud de los expedientes de una persona que no sea usted o su representante personal, y los expedientes solicitados contienen PHI que está potencialmente relacionada con la atención de la salud reproductiva, tenemos la obligación de obtener una atestación del solicitante si la solicitud es para alguno de los siguientes fines:

- Actividades de supervisión de la salud
- Procedimientos judiciales y administrativos

- Fines de aplicación de la ley
- Divulgaciones a médicos forenses y legistas

La atestación debe incluir información específica sobre la solicitud, una declaración de que la solicitud no tiene ninguno de los fines prohibidos, una declaración de que una persona que firme una atestación que se sabe que es falsa está sujeta a sanciones penales de conformidad con la legislación federal, y debe estar firmada por el solicitante. Tenemos prohibido responder a solicitudes que requieran una atestación si ésta no cumple todos los requisitos legales.

Por ejemplo, podemos recibir una citación —de funcionarios encargados de hacer cumplir la ley estatal— que solicite los expedientes de un miembro en relación con el procesamiento penal de una persona acusada de presentar reclamos falsos a compañías de seguros, no relacionadas con la atención de la salud reproductiva. Si bien el propósito de la investigación no es un Propósito Prohibido, los expedientes solicitados contienen PHI potencialmente relacionada con la atención de la salud reproductiva, como reclamos pagados por condiciones médicas relacionadas con el embarazo. En ese caso, exigiremos al funcionario encargado de hacer cumplir la ley que proporcione un certificado válido y firmado antes de responder a la solicitud.

Aun cuando recibamos una atestación válida, de todos modos nos aseguraremos de que la solicitud satisfaga todos los requisitos conforme a la ley federal antes de divulgar cualquier PHI.

Tenga en cuenta que existe la posibilidad de que la información divulgada a terceros podría ya no estar protegida por la HIPAA, y dichos terceros podrían volver a divulgar su información.

Sus derechos acerca de su información de salud

Usted tiene derecho a:

- **Obtener una copia impresa de este aviso de privacidad.** También puede obtener este aviso en nuestro sitio web en www.hpsm.org/privacy-policy.
- **Asignar a una persona para que lo represente.** Usted puede otorgarle a una persona un poder médico notarial que permita a dicha persona actuar en nombre de usted y tomar decisiones sobre su información de salud. Este derecho también se aplica si usted tiene un tutor legal. Tomaremos medidas razonables para confirmar que cualquier persona que afirme representarle posee esta autoridad antes de emprender cualquier acción.
- **Solicitar restricciones o límites en cuanto a usar o divulgar su información de salud.** En su solicitud, debe indicarnos:
 - Qué información de salud desea limitar.
 - Si desea limitar nuestro uso o nuestra divulgación de la información, o ambos.
 - A quién desea que se apliquen dichos límites.
- **Controlar la información sobre los servicios sensibles que recibe.** Los servicios sensibles incluyen asesoramiento de salud mental, servicios de salud reproductiva, servicios de enfermedades de transmisión sexual, servicios de agresión sexual y tratamiento de dependencia a las drogas y medicamentos. Las personas con edad y capacidad para otorgar su consentimiento a estos servicios no están obligadas a obtener la autorización de nadie para obtenerlos ni a presentar un reclamo en su nombre.
- **Solicitar comunicaciones confidenciales.** Tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos

con usted en privado acerca de sus asuntos médicos (incluidos los servicios sensibles) y con un trato especial. En ese caso, no le proporcionaremos la información especificada a nadie sin su permiso por escrito.

- Puede pedirnos que enviemos comunicaciones sobre asuntos médicos o servicios sensibles a otra dirección postal, dirección de email o número de teléfono que usted elija. Si no proporciona otra forma de contacto, le enviaremos comunicaciones a la dirección o número de teléfono que tenemos en nuestros archivos.
- Cumpliremos sus solicitudes de recibir comunicaciones confidenciales en la forma y el formato que usted haya requerido. O bien nos aseguraremos de que sus comunicaciones sean fáciles de presentar en la forma y el formato que solicitó.
- Su solicitud de comunicaciones confidenciales será válida hasta que la revoque o presente una nueva solicitud de comunicaciones confidenciales.
- No le preguntaremos el motivo de su solicitud. Aunque hacemos todo esfuerzo necesario para ajustarnos a las peticiones razonables, *no estamos obligados a acceder a las peticiones*. Si aceptamos, cumpliremos con su solicitud a menos que la información sea necesaria para brindarle tratamiento de emergencia.

Para solicitar comunicaciones confidenciales o un manejo especial de la manera en que nos comunicamos con usted, debe enviar por correo postal una solicitud por escrito al funcionario de privacidad de HPSM.

- **Informe de divulgaciones.** Tiene derecho a solicitar una lista de las divulgaciones que hayamos hecho de su información de salud. La lista no incluye algunas divulgaciones, como las realizadas para su tratamiento, el pago de su atención y nuestras operaciones. Tampoco incluye la mayoría de las otras divulgaciones que se nos requiere o se nos permite realizar sin su autorización (tales como agencias gubernamentales que examinan nuestros programas o las divulgaciones que usted nos autoriza a realizar). Para solicitar un informe de las divulgaciones, envíe una solicitud por escrito al funcionario de privacidad de HPSM. Su solicitud solo debe incluir fechas correspondientes a los últimos seis años a partir de la fecha de su solicitud.

Envíe por correo postal una solicitud por escrito al funcionario de privacidad de HPSM a:

Health Plan of San Mateo
Attn: Privacy Officer
801 Gateway Boulevard, Suite 100
South San Francisco, California 94080

- **Acceso a su información de salud.**
- Sujeto a algunas excepciones, usted tiene derecho a ver u obtener una copia de su información PHI que mantenemos en expedientes relacionados con su atención o decisiones sobre su atención o el pago de su atención. Para solicitar un resumen, o una explicación de esta información de salud, envíe por correo postal una solicitud por escrito al funcionario de privacidad de HPSM. Podríamos cobrarle una tarifa razonable, basada en los costos.
- En limitadas situaciones, podríamos rechazar total o parcialmente su solicitud de acceso a estos registros. De ser así, le informaremos por escrito los motivos de nuestra decisión y le explicaremos su derecho (si corresponde) a que otra persona, distinta a quien negó su solicitud, examine nuestra decisión. Nos apegaremos a los resultados de la evaluación.

- **Recepción del aviso de violación de privacidad.** La violación ocurre cuando se obtiene, utiliza o revela información de salud protegida de una manera que infrinja las leyes de privacidad pertinentes. Estamos obligados a enviarle un aviso que explique:
 - Lo que sucedió.
 - Los tipos de información implicados en la violación.
 - Los pasos que debe tomar para proteger su información.
 - Lo que está haciendo HPSM para investigar la situación, minimizar el perjuicio que se le haya causado a usted y evitar futuras violaciones.
- **Enmendar expedientes médicos y de reclamos incorrectos o incompletos.** Tiene derecho a solicitar una enmienda por el tiempo que conservemos la información. Entonces se agregará un comentario por escrito a su información de salud en HPSM. Para solicitar una enmienda, debe enviar una solicitud por escrito, por correo, al funcionario de privacidad de HPSM, especificando la información de salud que considere inexacta o incorrecta, junto con la razón o la evidencia que respalde su solicitud.
 - Si rechazamos su solicitud de modificar su información de salud, le informaremos los motivos y le explicaremos su derecho a presentar una declaración de desacuerdo por escrito. Debe indicarnos claramente por escrito si desea que incluyamos su declaración en futuras divulgaciones que hagamos de esa parte de su expediente. Podemos incluir un resumen en lugar de su declaración.

Para obtener más información sobre sus derechos de privacidad, visite el sitio web del Departamento de Servicios de Salud de California en www.dhcs.ca.gov/formsandpubs/laws/priv/Pages/NoticeofPrivacyPractices.aspx.

Se le notificarán los cambios realizados a este aviso

Nos reservamos el derecho de modificar este aviso y hacerlo aplicable a toda la información de salud que ya tenemos acerca de usted, así como para cualquier información que recibamos en el futuro. Lo notificaremos de cualquier cambio a este aviso por correo postal dentro de los 60 días siguientes a su implementación. También publicaremos una copia del aviso más reciente en nuestro sitio web en www.hpsm.org/privacy-policy.

Cómo presentar una reclamación relacionada con sus derechos de privacidad

Si cree que sus derechos de privacidad han sido infringidos, puede presentar una reclamación ante HPSM. No se le sancionará por presentar una reclamación. También puede comunicarse con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos para presentar una queja.

Health Plan of San Mateo Attn: Grievance and Appeals Unit 801 Gateway Blvd., Suite 100	Secretary of the U.S. Department of Health and Human Services Office of Civil Rights	California Department of Health Care Services Attn: Privacy Officer c/o Office of Legal Services
---	--	---

South San Francisco, CA 94080 1-888-576-7557 o 650-616-2850	Attn: Regional Manager 90 7 th St., Suite 4-100 San Francisco, CA 94103 1-800-368-1019 o (TTY) 1-800-537-7697	1501 Capitol Avenue P.O. Box 997413, MS0010 Sacramento, CA 95899-7413 1-916-445-4646 o 1-866-866-0602
--	--	---

NOTIFICACIÓN SOBRE LA NO DISCRIMINACIÓN

La discriminación es contra la ley. HPSM cumple las leyes estatales y federales de derechos civiles. HPSM no discrimina, excluye ni trata de manera diferente o ilícita a las personas por su sexo, raza, color, religión, ascendencia, origen nacional, identificación de grupo étnico, edad, discapacidad mental, discapacidad física, condición médica, información genética, estado civil, género, identidad de género u orientación sexual.

HPSM brinda:

- Medios de ayuda y servicios gratuitos para las personas con discapacidades con el fin de ayudarlas a comunicarse mejor, como los siguientes:
 - ✓ Intérpretes calificados de lenguaje de señas
 - ✓ Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Servicios de idiomas gratuitos para personas cuyo idioma primario no es el inglés, tales como:
 - ✓ Intérpretes calificados
 - ✓ Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, comuníquese con Servicios al miembro de HPSM de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 6:00 p.m., llamando al **1-800-750-4776**. Si no puede escuchar o hablar bien, por favor llame al TTY **1-800-855-3000** o al **7-1-1**. Si lo solicita, podemos poner a su disposición este documento en braille, letra grande, formato electrónico o audio. Para obtener una copia en uno de estos formatos alternativos, llame o escriba a:

Health Plan of San Mateo

Attn.: Member Services

801 Gateway Boulevard, Suite 100

South San Francisco, CA 94080

llamando al 1-800-750-4776 o 650-616-2133

TTY/TDD: 1-800-855-3000 o 7-1-1

CÓMO PRESENTAR UNA RECLAMACIÓN

Si considera que HPSM no ha cumplido con la prestación de estos servicios o ha discriminado ilegalmente de otra manera por motivos de sexo, raza, color, religión, ascendencia, origen nacional, identificación de grupo étnico, edad, discapacidad mental, discapacidad física, condición médica, información genética, estado civil, género, identidad de género u orientación sexual, puede presentar una reclamación ante HPSM. Puede presentar una reclamación por teléfono, por escrito, en persona o de manera electrónica:

- Por teléfono: Comuníquese de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 6:00 p.m., llamando al **1-800-750-4776**. Si no puede escuchar o hablar bien, llame al TTY **1-800-855-3000** o al **7-1-1**.
- Por escrito: Llene un formulario de queja o escriba una carta y envíela a:

Health Plan of San Mateo

Attn.: Civil Rights Coordinator

801 Gateway Boulevard, Suite 100

South San Francisco, CA 94080

- En persona: Visite el consultorio de su médico o HPSM y diga que desea presentar una reclamación.
- Por medios electrónicos: Visite el sitio web de HPSM en grievance.hpsm.org

OFICINA DE DERECHOS CIVILES – DEPARTAMENTO DE SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA DE CALIFORNIA

También puede presentar una queja sobre derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Servicios de Atención Médica de California por teléfono, por escrito o por medios electrónicos:

- Por teléfono: Llame al **916-440-7370**. Si no puede hablar o escuchar bien, por favor llame al **7-1-1** (Servicio de retransmisión de mensajes).
- Por escrito: Llene un formulario de queja o envíe una carta a:

**Deputy Director, Office of Civil Rights
Department of Health Care Services
Office of Civil Rights
P.O. Box 997413, MS 0009
Sacramento, CA 95899-7413**

Los formularios de queja están disponibles en www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx

- Por medios electrónicos: Envíe un correo electrónico a CivilRights@dhcs.ca.gov

OFICINA DE DERECHOS CIVILES – DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS HUMANOS DE EE. UU.

Si cree que ha sido discriminado por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo, también puede presentar una queja sobre derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos por teléfono, por escrito o por medios electrónicos:

- Por escrito: Llene un formulario de queja o envíe una carta a:

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

Los formularios de queja están disponibles en www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html

- Por medios electrónicos: Visite el Portal para quejas de la Oficina de Derechos Civiles en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>.



Notificación de disponibilidad de servicios de asistencia de idioma y medios de ayuda y servicios auxiliares

English: ATTENTION: If you need help in your language call **1-800-750-4776** (TTY: **1-800-735-2929**). Aids and services for people with disabilities, like documents in braille and large print, are also available. Call **1-800-750-4776** (TTY: **1-800-735-2929**). These services are free of charge.

الشعار بالعربية (Arabic): يُرجى الانتباه: إذا احتجت إلى المساعدة بلغتك، فاتصل بـ **1-800-750-4776** (TTY: **1-800-735-2929**). تتوفر أيضًا المساعدات والخدمات للأشخاص ذوي الإعاقة، مثل المستندات المكتوبة بطريقة بربل والخط الكبير. اتصل بـ **1-800-750-4776** (TTY: **1-800-735-2929**). هذه الخدمات مجانية.

հայերեն (Armenian): Ուշադրություն: Եթե Ձեզ օգնություն է հարկավոր Ձեր լեզվով, գանգահարեք **1-800-750-4776** (TTY: **1-800-735-2929**): Կան նաև օժանդակ միջոցներ ու ծառայություններ հաշմանդամություն ունեցող անձանց համար, օրինակ՝ Բրայլի գրատիպով ու խոշորատառ տպագրված նյութեր: Զանգահարեք **1-800-750-4776** (TTY: **1-800-735-2929**): Այդ ծառայություններն անվճար են:

ឃ្លាសម្គាល់ជាភាសាខ្មែរ (Cambodian): ចំណាំ: បើអ្នក ត្រូវ ការជំនួយ ជាភាសា របស់អ្នក សូម ទូរស័ព្ទទៅលេខ **1-800-750-4776** (TTY: **1-800-735-2929**)។ ជំនួយ និង សេវាកម្ម សម្រាប់ ជនពិការ ដូចជាឯកសារសរសេរជាអក្សរធំ សម្រាប់ជនពិការភ្នែក ឬឯកសារសរសេរជាអក្សរព្រួញ ក៏អាចរកបានផងដែរ។ ទូរស័ព្ទមកលេខ **1-800-750-4776** (TTY: **1-800-735-2929**)។ សេវាកម្មទាំងនេះមិនគិតថ្លៃឡើយ។

中國人 (Chinese): 请注意：如果您需要以您的母语提供帮助，请致电 **1-800-750-4776** (TTY: **1-800-735-2929**)。另外还提供针对残疾人士的帮助和服务，例如盲文和需要较大字体阅读，也是方便取用的。请致电 **1-800-750-4776** (TTY: **1-800-735-2929**)。这些服务都是免费的。

(Farsi) **مطلب به زبان فارسی:** اگر می‌خواهید به زبان خود کمک دریافت کنید، با **1-800-750-4776** (TTY: **1-800-735-2929**) تماس بگیرید. کمک‌ها و خدمات مخصوص افراد دارای معلولیت، مانند نسخه‌های خط بربل و چاپ با حروف بزرگ، نیز موجود است. با **1-800-750-4776** (TTY: **1-800-735-2929**) این خدمات رایگان ارائه می‌شوند.

हिंदी (Hindi): ध्यान दें: अगर आपको अपनी भाषा में सहायता की आवश्यकता है तो **1-800-750-4776** (TTY: **1-800-735-2929**) पर कॉल करें। अशक्तता वाले लोगों के लिए सहायता और सेवाएं, जैसे ब्रेल और बड़े प्रिंट में भी दस्तावेज़ उपलब्ध हैं। **1-800-750-4776** (TTY: **1-800-735-2929**) पर कॉल करें। ये सेवाएं नि: शुल्क हैं।

Hmoob (Hmong): CEEB TOOM: Yog koj xav tau kev pab txhais koj hom lus hu rau **1-800-750-4776** (TTY: **1-800-735-2929**). Muaj cov kev pab txhawb thiab kev pab cuam rau cov neeg xiam oob qhab, xws li puav leej muaj ua cov ntawv su thiab luam tawm ua tus ntawv loj. Hu rau **1-800-750-4776** (TTY: **1-800-735-2929**). Cov kev pab cuam no yog pab dawb xwb.

日本 (Japanese): 注意日本語での対応が必要な場合は **1-800-750-4776** (TTY: **1-800-735-2929**)へお電話ください。点字の資料や文字の拡大表示など、障がいをお持ちの方のためのサービスも用意しています。 **1-800-750-4776** (TTY: **1-800-735-2929**)へお電話ください。これらのサービスは無料で提供しています。

한국인 (Korean)

유의사항: 귀하의 언어로 도움을 받고 싶으시면 **1-800-750-4776** (TTY: **1-800-735-2929**) 번으로 문의하십시오. 점자나 큰 활자로 된 문서와 같이 장애가 있는 분들을 위한 도움과 서비스도 이용 가능합니다.

1-800-750-4776 (TTY: **1-800-735-2929**) 번으로 문의하십시오. 이러한 서비스는 무료로 제공됩니다.

ພາສາລາວ (Lao): ປະກາດ: ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນພາສາຂອງທ່ານໃຫ້ໂທຫາເບີ **1-800-750-4776** (TTY: **1-800-735-2929**). ຍັງມີຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອແລະການບໍລິການສໍາລັບຄົນພິການ ແລະ ຜູ້ມີຄວາມສາມາດທີ່ເປັນອັກສອນນູນແລະມີໂຕພິມໃຫຍ່ໃຫ້ໂທຫາເບີ **1-800-750-4776** (TTY: **1-800-735-2929**). ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ຕ້ອງເສຍຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃດໆ.

Mien: LONGC HNYOUV JANGX LONGX OC: Beiv taux meih qiemx longc mienh tengx faan benx meih nyei waac nor douc waac daaih lorx taux **1-800-750-4776** (TTY: **1-800-735-2929**). Liouh lorx jauv-louc tengx aengx caux nzie gong bun taux ninh mbuo wuaaic fangx mienh, beiv taux longc benx nzangc-pokc bun hlou mbiutc aengx caux aamz mborqv benx domh sou se mbenc nzoih bun longc. Douc waac daaih lorx **1-800-750-4776** (TTY: **1-800-735-2929**). Naaiv deix nzie weih gong-bou jauv-louc se benx wang-henh tengx mv zuqc cuotv nyaanh oc.

Português (Portuguese): ATENÇÃO: se precisar de ajuda em seu idioma, ligue para **1-800-750-4776** (TTY: **1-800-735-2929**). Auxílios e serviços para pessoas com deficiência, como documentos em braille e letras grandes, também estão disponíveis. Ligue para **1-800-750-4776** (TTY: **1-800-735-2929**). Tais serviços são gratuitos.

ਪੰਜਾਬੀ (Punjabi): ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ ਤਾਂ ਕਾਲ ਕਰੋ **1-800-750-4776** (TTY: **1-800-735-2929**). ਅਪਾਹਜ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਬ੍ਰੇਲ ਅਤੇ ਮੋਟੀ ਛਪਾਈ ਵਿੱਚ ਦਸਤਾਵੇਜ਼, ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। ਕਾਲ ਕਰੋ **1-800-750-4776** (TTY: **1-800-735-2929**)। ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਮੁਫਤ ਹਨ।

Русский (Russian): ВНИМАНИЕ! Если вам нужна помощь на вашем родном языке, звоните по номеру **1-800-750-4776** (TTY: **1-800-735-2929**). Также предоставляются средства и услуги для людей с ограниченными возможностями, например документы крупным шрифтом или шрифтом Брайля. Звоните по номеру **1-800-750-4776** (линия **1-800-735-2929**). Такие услуги предоставляются бесплатно.

Español (Spanish)

ATENCIÓN: si necesita ayuda en su idioma, llame al **1-800-750-4776** (TTY: **1-800-735-2929**). También ofrecemos asistencia y servicios para personas con discapacidades, como documentos en braille y con letras grandes. Llame al **1-800-750-4776** (TTY: **1-800-735-2929**). Estos servicios son gratuitos.

Tagalog: ATENSIYON: Kung kailangan mo ng tulong sa iyong wika, tumawag sa **1-800-750-4776** (TTY: **1-800-735-2929**). Mayroon ding mga tulong at serbisyo para sa mga taong may kapansanan, tulad ng mga dokumento sa braille at malaking print. Tumawag sa **1-800-750-4776** (TTY: **1-800-735-2929**). Libre ang mga serbisyonang ito.



แบบไทย (Thai): โปรดทราบ: หากคุณต้องการความช่วยเหลือเป็นภาษาของคุณ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข **1-800-750-4776** (TTY: **1-800-735-2929**) นอกจากนี้ ยังพร้อมให้ความช่วยเหลือและบริการต่าง ๆ สำหรับบุคคลที่มีความพิการ เช่น เอกสารต่าง ๆ ที่เป็นอักษรเบรลล์และเอกสารที่พิมพ์ด้วยตัวอักษรขนาดใหญ่ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข **1-800-750-4776** (TTY: **1-800-735-2929**) ไม่มีค่าใช้จ่ายสำหรับบริการเหล่านี้

українською (Ukrainian): УВАГА! Якщо вам потрібна допомога вашою рідною мовою, телефонуйте на номер **1-800-750-4776** (TTY: **1-800-735-2929**). Люди з обмеженими можливостями також можуть скористатися допоміжними засобами та послугами, наприклад, отримати документи, надруковані шрифтом Брайля та великим шрифтом. Телефонуйте на номер **1-800-750-4776** (TTY: **1-800-735-2929**). Ці послуги безкоштовні.

Tiếng Việt (Vietnamese): CHÚ Ý: Nếu quý vị cần trợ giúp bằng ngôn ngữ của mình, vui lòng gọi số **1-800-750-4776** (TTY: **1-800-735-2929**). Chúng tôi cũng hỗ trợ và cung cấp các dịch vụ dành cho người khuyết tật, như tài liệu bằng chữ nổi Braille và chữ khổ lớn (chữ hoa). Vui lòng gọi số **1-800-750-4776** (TTY: **1-800-735-2929**). Các dịch vụ này đều miễn phí.



Si tiene alguna pregunta, llame a Servicios al miembro al **1-800-750-4776** o al **650-616-2133** (TTY: **1-800-855-3000** o marque **7-1-1**) de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 6:00 p.m. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.hpsm.org/healthworx.

Programa HealthWorx de Health Plan of San Mateo Manual del miembro y Evidencia de cobertura

Introducción

USTED TIENE EL DERECHO DE REVISAR ESTA EVIDENCIA DE COBERTURA ANTES DE LA INSCRIPCIÓN.

Bienvenidos

Es un placer para nosotros darle la bienvenida a HealthWorx HMO y a Health Plan of San Mateo (HPSM).

Para nosotros es muy importante que conozca cómo funciona Health Plan of San Mateo (HPSM), de manera que reciba la atención médica que necesita. El presente Manual y Evidencia de cobertura contiene información importante sobre sus beneficios, cómo obtener atención y cómo obtener las respuestas a sus preguntas.

Health Plan of San Mateo está ubicado en 801 Gateway Blvd., Suite 100, South San Francisco, CA 94080. Si necesita ayuda o desea más información sobre el Programa HealthWorx HMO, llame a un representante de Servicios al miembro de Health Plan of San Mateo. El número telefónico gratuito para miembros para preguntas, problemas o ayuda para escoger un médico es el **1-800-750-4776** o el **650-616-2133**. Los miembros con dificultades auditivas o del habla pueden utilizar el Servicio de retransmisión de mensajes de California (CRS) llamando al **1-800-855-3000** o marcando el **7-1-1**. El horario del centro de atención telefónica de Servicios al miembro es de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 6:00 p.m. Nuestro horario de oficina es de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.

Acerca de Health Plan of San Mateo

Health Plan of San Mateo es un plan de atención administrada que tiene contrato con San Mateo County Public Authority y con la Ciudad de San Mateo para administrar la atención médica de aquellas personas que son elegibles para HealthWorx HMO. Puede ser que el obtener servicios de atención médica a través de un plan de atención administrada sea una experiencia nueva para usted, por lo que es muy importante que LEA CUIDADOSAMENTE el Manual del miembro y Evidencia de cobertura, y cualquier documento que los acompañe. Usted encontrará información sobre:

- Cómo escoger un médico o cómo cambiar de médico;
- Cómo obtener la atención o servicio;
- Cuáles son sus beneficios, y
- Qué hacer si tiene una pregunta o un problema.

Health Plan of San Mateo permite que tenga a su disposición un servicio para la atención médica personal, conveniente y económico. HPSM trabaja para satisfacer sus necesidades relacionadas con la atención médica a través de una red de grupos de médicos calificados, clínicas, hospitales,



farmacias y otros proveedores de atención médica, localizados en todo el Condado de San Mateo.

Como miembro de HPSM, sus necesidades relacionadas con la atención médica serán administradas por el médico de atención primaria que usted seleccione entre la gran cantidad de médicos que forman parte del plan de salud. Su médico de atención primaria estará encargado de la mayoría de sus necesidades de atención médica, que incluye cuidado preventivo como exámenes médicos, vacunas y pruebas de Papanicolau para mujeres. Su Proveedor de atención primaria lo referirá con especialistas cuando sea necesario y hará los arreglos para las hospitalizaciones cuando éstas se requieran.

Cada miembro de HPSM puede escoger su propio médico de atención primaria. El nombre y número de teléfono de su médico de atención primaria estará anotado en su Tarjeta de identificación (ID) de Health Plan of San Mateo.

Si necesita ingresar a un hospital, normalmente se le admitirá en el hospital donde su médico de atención primaria forma parte del personal o donde ha hecho los preparativos para que le admitan. Los hospitales donde trabajan los médicos de HPSM se describen en su Lista de proveedores.

HealthWorx HMO es un plan de seguro que abarca:

- Los trabajadores de Servicios de apoyo en el hogar (In-Home Supportive Services, IHSS) empleados por la San Mateo County Public Authority (SMCPA)
- Los empleados de medio tiempo de la Ciudad de San Mateo
- La información específica del programa puede ser diferente dependiendo del empleador del trabajador. Estas diferencias se indican.

Primas, elegibilidad, inscripción, terminación para trabajadores de Servicios de Apoyo en el Hogar (In-Home Supportive Services, IHSS)

Aporte de primas

Los miembros tienen derecho a la cobertura de la atención médica sólo por el periodo en que Health Plan of San Mateo haya recibido las primas correspondientes de San Mateo County Public Authority. Usted es responsable de aportar una prima mensual. La San Mateo County Public Authority le indicará la cantidad y hará los arreglos necesarios para que le deduzcan sus contribuciones de la nómina de pago.

¿Quién es elegible?

La San Mateo County Public Authority (SMCPA) debe informarle acerca de los requisitos de elegibilidad. Para inscribirse usted deberá cumplir con los requisitos de la SMCPA aprobados por HPSM y debe vivir o trabajar en nuestra área de servicio, que es el Condado de San Mateo. **Además, no deberá estar cubierto por otro seguro médico.** El área de servicio se describe en la sección “Definiciones” de este Manual del miembro y Evidencia de cobertura de HealthWorx HMO. Adicionalmente deberá cumplir con los requisitos de elegibilidad del miembro que se describen a continuación.

Usted es elegible para inscribirse como miembro si:

1. Es un trabajador de Servicios de Apoyo en el Hogar (In-Home Supportive Services, IHSS) de San Mateo County Public Authority (SMCPA) que trabaja un número específico de horas determinado por SMCPA



Si tiene alguna pregunta, llame a Servicios al miembro al **1-800-750-4776** o al **650-616-2133** (TTY: **1-800-855-3000** o marque **7-1-1**) de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 6:00 p.m. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.hpsm.org/healthworx.

2. No tiene otra cobertura de salud
3. SMCPA tiene oportunidades disponibles para agregar miembros al Programa HealthWorx HMO.

Inscripción

Puede solicitar cobertura de salud enviando una solicitud de inscripción aprobada por el plan de salud a la Public Authority. La Public Authority le notificará cuando se hayan cumplido los requisitos de elegibilidad y le informará su fecha de inicio de la cobertura. La membresía inicia a las 12:01 a.m. de la fecha de inicio.

Si tiene preguntas acerca de la inscripción o si quisiera otra copia de estos materiales de inscripción, comuníquese con la Public Authority en la dirección:

Public Authority for IHSS
225 37th Ave.
San Mateo, CA 94403
650-573-3773

Terminación de la cobertura

La cobertura de un miembro finalizará si:

1. La San Mateo County Public Authority deja de pagar la prima del miembro de acuerdo con el Contrato del Grupo; o
2. El miembro deja de vivir o trabajar en el condado de San Mateo; o
3. Se comprueba que el miembro tiene otra cobertura de salud.

La San Mateo County Public Authority le proporcionará al miembro una notificación por escrito con un mínimo de treinta (30) días de anticipación a la fecha efectiva de terminación. La notificación será por escrito y se enviará por correo regular de los Estados Unidos a la dirección del miembro que aparece registrada en la San Mateo County Public Authority. La notificación indicará claramente el último día de cobertura.

Primas, elegibilidad, inscripción, terminación, para los empleados de medio tiempo de la Ciudad de San Mateo

Aporte de primas

Los miembros tienen derecho a la cobertura de la atención médica sólo por el periodo en que Health Plan of San Mateo haya recibido las primas correspondientes de la Ciudad de San Mateo. Usted es responsable de aportar una prima mensual. La Ciudad de San Mateo le indicará la cantidad que debe pagar y hará los arreglos necesarios para que le deduzcan sus contribuciones de la nómina de pago. Si su contribución de nómina no es suficiente para cubrir su parte de la prima mensual, la Ciudad obtendrá la cantidad de su cheque subsiguiente de pago. Las preguntas sobre los pagos de primas deberán ser dirigidas al Departamento de Finanzas-División de Nóminas (Finance Department-Payroll división) de la Ciudad de San Mateo.

¿Quién es elegible?

La Ciudad de San Mateo tiene la obligación de informarle sobre los requisitos de elegibilidad. Para inscribirse usted debe reunir los requisitos de elegibilidad de la Ciudad y vivir o trabajar en nuestra Área de Servicio que es el Condado de San Mateo. Estos incluyen trabajar para la Ciudad de San Mateo ya sea como trabajador de medio tiempo de clasificación Non-Merit de Service Employees International Union (SEIU) o Trabajador de clasificación Library Per Diem



del SEIU. Usted debe cumplir con una cantidad específica de horas trabajadas. Para seguir siendo elegible, usted debe pagar la parte que le corresponde de la prima mensual.

Si tiene alguna pregunta sobre los requisitos de elegibilidad, llame a Service Employees International Union al **408-678-3300**.

Inscripción

El SEIU le notificará si usted reúne los requisitos y la fecha de inicio de su cobertura.

El SEIU también le notificará cuando dé inicio y concluya el periodo de inscripción abierta.

Si reúne los requisitos, usted sólo podrá inscribirse durante el periodo de inscripción abierta.

Sin embargo, los trabajadores de clasificación Per Diem que reúnan los requisitos durante el año de beneficios, podrán inscribirse presentando una solicitud de inscripción autorizada por HPSM ante el SEIU.

Si tiene preguntas acerca de la inscripción, por favor comuníquese al SEIU a:

Service Employees International Union (SEIU), Local 521

2302 Zanker Rd

San José, CA 95131

408-678-3300

Terminación de la cobertura

La cobertura del miembro finalizará si la Ciudad de San Mateo deja de pagar la prima del miembro de conformidad con el contrato con HPSM. La Ciudad de San Mateo le proporcionará una notificación por escrito antes de la fecha efectiva de terminación.

La notificación será por escrito y se enviará por correo regular de los Estados Unidos a la dirección del miembro que aparece registrada en la Ciudad de San Mateo. La notificación indicará claramente el último día de cobertura.



Si tiene alguna pregunta, llame a Servicios al miembro al **1-800-750-4776** o al **650-616-2133** (TTY: **1-800-855-3000** o marque **7-1-1**) de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 6:00 p.m. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.hpsm.org/healthworx.

Continuación de la cobertura de grupo de conformidad con la ley federal o estatal Beneficios de salud de conformidad con la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria de 1986 (COBRA, Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act of 1986). Si reside en el Condado de San Mateo o si perdió su cobertura debido a una reducción de horas y es importante para usted mantener una cobertura de salud continua, es posible que pueda continuar su cobertura con HealthWorx HMO. De acuerdo con las leyes federales y estatales de COBRA, puede mantener la cobertura por su propia cuenta hasta por un máximo de 36 meses después de haber dejado de reunir los requisitos de elegibilidad debido a una reducción de horas (a menos de 35 horas/mes) o a la terminación del empleo. Si reúne los requisitos de COBRA, San Mateo County Public Authority o el administrador externo (Navia Benefits) de la Ciudad de San Mateo le enviarán un formulario de inscripción para cobertura continua a través de COBRA, junto con una carta en la que le notificarán sobre la oportunidad de continuar obteniendo sus beneficios de HealthWorx HMO. Debe llenar el formulario de inscripción y devolverlo a San Mateo County Public Authority, o a Navia Benefits en el caso de la Ciudad de San Mateo, a más tardar 60 días después de la fecha de la carta. Las primas mensuales de COBRA son pagaderas a San Mateo County Public Authority, o a Navia Benefits en el caso de la Ciudad de San Mateo, a más tardar el día 23 del mes anterior al mes en que dará inicio la cobertura. Deberá efectuar su pago inicial de la cobertura continua a través de COBRA, a más tardar cuarenta y cinco días después de que haya firmado, fechado y enviado su formulario de inscripción. Si tiene alguna pregunta sobre COBRA, deberá comunicarse con la San Mateo County Public Authority al **650-573-3900** Ext. 3649 o con Navia Benefits para la Ciudad de San Mateo al **877-910-8675**.

Generalmente la cobertura de COBRA está disponible hasta por 18 meses. Sin embargo, si durante los primeros 60 días de cobertura de COBRA se encuentra discapacitado en cualquier momento, puede ser elegible hasta por 29 meses de cobertura de COBRA. Debe saber que cualquier interrupción en la cobertura por más de sesenta y tres días puede ocasionar la pérdida de la portabilidad de la cobertura.

Extensión de los beneficios de COBRA a través de Cal-COBRA

De conformidad con la ley de California, si su cobertura de continuación de COBRA se agotó y tenía derecho a menos de 36 meses, puede ser elegible hasta por 18 meses adicionales de cobertura de continuación (por medio de "Cal-COBRA"). San Mateo County Public Authority, o Navia Benefits en el caso de la Ciudad de San Mateo, le enviarán una carta de notificación y un formulario de inscripción relacionado con la oportunidad de obtener cobertura de continuación de Cal-COBRA si usted ya no reúne los requisitos de COBRA federal. Deberá recibir esta notificación por lo menos 90 días calendario antes de la terminación de su cobertura de COBRA federal. Luego de llenar el formulario de inscripción, debe devolverlo a HPSM. Si tiene alguna pregunta sobre el formulario de inscripción o necesita ayuda para llenarlo, comuníquese con San Mateo County Public Authority, o con Navia Benefits en el caso de la Ciudad de San Mateo. Debe presentar los formularios de inscripción de Cal-COBRA por lo menos 30 días calendario antes de la terminación de sus beneficios de COBRA federal. La prima de la cobertura de Cal-COBRA es pagadera a HPSM a más tardar el día 23 del mes anterior al mes en que será efectiva la cobertura.

Servicios al miembro

Para ayuda en otros idiomas, llame al **1-800-750-4776**. Los miembros también pueden llamar al Departamento de Servicios al miembro al **650-616-2133**.

Si no habla o lee bien el inglés, puede obtener ayuda de las siguientes formas:

- El personal de HPSM habla varios idiomas, entre ellos español y tagalo. El personal de



Servicios al miembro está disponible de 8:00 a.m. a 6:00 p.m. de lunes a viernes llamando al **1-800-750-4776** o al **650-616-2133** para responder preguntas, resolver problemas o ayudarlo a elegir un médico.

- Puede acudir a médicos que hablen su idioma. La lista de proveedores de HealthWorx HMO tiene información sobre los idiomas que se hablan en cada oficina, las ubicaciones de las oficinas y los horarios disponibles para citas, que incluyen horarios nocturnos y de fines de semana. El personal de Servicios al miembro puede ayudarlo a seleccionar médicos si necesita ayuda o tiene alguna pregunta.
- Se dispone de servicios gratuitos de interpretación por teléfono. No tiene que pedirles a amigos o familiares que sean sus intérpretes.
- También hay intérpretes de lenguaje de señas. No tiene que pedirles a amigos o familiares que sean sus intérpretes.
- Puede solicitar los documentos de HealthWorx HMO en español, chino y tagalo.

Acceso físico

Health Plan of San Mateo ha realizado todos los esfuerzos posibles para asegurarse de que nuestras oficinas y las oficinas e instalaciones de los proveedores de HPSM sean accesibles para las personas discapacitadas. Si no puede localizar a un proveedor que ofrezca acceso a personas discapacitadas, por favor comuníquese con nuestro número gratuito de Servicios al miembro al **1-800-750-4776** o **650-616-2133** y un representante de Servicios al miembro le ayudará a encontrar otro proveedor.

Acceso para personas con dificultades auditivas

Las personas con dificultades auditivas pueden comunicarse con nuestros representantes de Servicios al miembro a través del Servicio de retransmisión de mensajes de California. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-800-855-3000** o marcar **7-1-1**. Los usuarios que hablan español deben llamar al **1-800-835-3000**. HPSM también ofrece intérpretes de lenguaje de señas, sin costo. Podemos hacer los arreglos necesarios para que un intérprete de lenguaje de señas lo acompañe a sus citas si nos lo hace saber con por lo menos cinco (5) días de anticipación. No necesita pedirles a amigos o familiares que sean sus intérpretes.

Acceso para personas con dificultades visuales

Este Manual del miembro y Evidencia de cobertura (EOC) y otra información importante de HealthWorx HMO estará disponible en formatos alternos para las personas que tengan dificultades visuales. Se encuentran disponibles formatos de letra grande y discos de computadora con contenido ampliado. Para formatos alternos o si desea obtener ayuda directa para leer el Manual del miembro y Evidencia de cobertura, así como otros materiales, por favor comuníquese con un representante de Servicios al miembro llamando al **1-800-750-4776** o al **650-616-2133**.

Ley para Estadounidenses con Discapacidades (ADA) de 1990

La Ley para Estadounidenses con Discapacidades (ADA) de 1990 prohíbe a HPSM y a sus contratistas discriminar en base a discapacidad. Esta Ley lo protege contra la discriminación en los servicios de HPSM debido a una discapacidad. Si le parece que lo han discriminado debido a una discapacidad, comuníquese con HPSM y solicite hablar con un representante de Servicios al miembro llamando al **1-800-750-4776** o al **650-616-2133**. Los miembros con deficiencias auditivas o del habla pueden llamar al TTY: **1-800-855-3000** o marque **7-1-1** (Servicio de retransmisión de mensajes de California).



Si tiene alguna pregunta, llame a Servicios al miembro al **1-800-750-4776** o al **650-616-2133** (TTY: **1-800-855-3000** o marque **7-1-1**) de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 6:00 p.m. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.hpsm.org/healthworx.

Cómo utilizar este Manual del miembro y Evidencia de cobertura

Lea completamente el Manual del miembro y Evidencia de cobertura. Muchas de las secciones se relacionan entre sí. Si usted lee solo una o dos secciones, es posible que no obtenga la información completa sobre HealthWorx HMO.

Muchas de las palabras que se usan en el Manual del miembro y Evidencia de cobertura tienen significados especiales. Estas palabras se definen en la Sección 1, Definiciones y aparecen en este manual con la primera letra en mayúscula. Consulte las Definiciones para comprender los beneficios, derechos y responsabilidades del miembro de acuerdo con el Programa HealthWorx HMO de Health Plan of San Mateo. De vez en cuando, el contrato del plan de salud con la San Mateo County Public Authority o con la Ciudad de San Mateo podrá cambiar. Si esto sucede, se le enviará una nueva Evidencia de cobertura o una enmienda de esta Evidencia de cobertura. Conserve en un lugar seguro su copia de la Evidencia de cobertura más reciente.

Si tiene alguna pregunta

La información de su Manual del miembro y Evidencia de cobertura de HealthWorx HMO y el paquete para nuevos miembros deberán contestar la mayoría de las preguntas sobre sus beneficios de atención médica. Si tiene otras preguntas sobre Health Plan of San Mateo o sobre sus beneficios o derechos con HPSM, no dude en comunicarse con un representante de Servicios al miembro al **1-800-750-4776** o al **650-616-2133**. Los miembros con deficiencias auditivas o del habla pueden llamar al TTY: **1-800-855-3000** o marque **7-1-1** (Servicio de retransmisión de mensajes de California).



Sección 1: Definiciones

Administrador de beneficios de farmacia (PBM) es un tercero que administra el programa de medicamentos con receta de un plan de salud cuya principal responsabilidad es la autorización y el pago de los reclamos de medicamentos con receta médica. Los PBM ayudan al plan de salud en el desarrollo y mantenimiento de las listas de medicamentos aprobados y los contratos con las farmacias y en la negociación de descuentos y reembolsos con fabricantes de medicamentos.

Año de beneficios para los empleados de la Ciudad de San Mateo significa un periodo de doce (12) meses que inicia a partir de la fecha de inicio de la cobertura de HealthWorx HMO del empleador. La cobertura inicia el 1er día del mes.

Año de beneficios para los trabajadores de IHSS se refiere a un periodo de doce (12) meses a partir de la fecha de inicio de la cobertura de HealthWorx HMO del empleador. La cobertura inicia el 1er día del mes.

Área de servicio significa el área geográfica designada por el plan dentro de la cual dicho plan prestará servicios de atención médica.

Atención de urgencia significa los servicios que se brindan en respuesta a la necesidad de un miembro de obtener un diagnóstico o tratamiento rápido de un trastorno médico o mental que podría convertirse en una emergencia si no se diagnostica o trata oportunamente.

Atención médica inclusiva para personas transgénero significa una atención médica integral que sea congruente con los estándares de atención para las personas que se identifican como transgénero, de género diverso o intersexuales; respete la autonomía corporal personal de cada individuo; no haga suposiciones sobre el género de una persona; acepte la fluidez de género y la presentación de género no tradicional; y trate a todos con compasión, comprensión y respeto.

Autorización significa la aprobación que otorga el médico de atención primaria (PCP) o HPSM, usualmente anticipada, a la prestación de un servicio a un miembro.

Beneficios cubiertos significa aquellos servicios y suministros médicamente necesarios que usted tiene derecho de recibir de conformidad con un acuerdo grupal, los cuales se describen en esta Evidencia de cobertura o en la ley de planes de salud de California.

Beneficios o Cobertura o Servicios cubiertos hace referencia a los servicios de atención médica brindados a los miembros de HealthWorx HMO, sujetos a los términos, condiciones, limitaciones y exclusiones del contrato de HealthWorx HMO, como se presentan en la Evidencia de cobertura y sus enmiendas.

Cirugía reconstructiva hace referencia a servicios quirúrgicos reconstructivos médicamente necesarios realizados en estructuras anormales del cuerpo ocasionadas por defectos congénitos, anomalías del desarrollo, trauma, infección, tumores o enfermedades y que se realizan para mejorar la función o crear una apariencia normal en la medida de lo posible. Este beneficio incluye cirugía reconstructiva para regenerar y lograr simetría debido a una mastectomía.

Clínica es el lugar donde un equipo de médicos, enfermeras y otros proveedores tratan al paciente como paciente ambulatorio.



Si tiene alguna pregunta, llame a Servicios al miembro al **1-800-750-4776** o al **650-616-2133** (TTY: **1-800-855-3000** o marque **7-1-1**) de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 6:00 p.m. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.hpsm.org/healthworx.

Condición aguda significa una condición médica que involucra el comienzo súbito de síntomas debido a una enfermedad, lesión u otro problema médico que requiere atención médica rápida y tiene una duración limitada.

Condición crónica grave significa una condición médica debido a una enfermedad, padecimiento u otro problema médico o trastorno médico que es de naturaleza grave y que persiste sin lograr una cura completa o empeora a lo largo de un prolongado período de tiempo o requiere un tratamiento continuo para mantener el estado de remisión o prevenir el deterioro.

Condición médica de emergencia significa una condición médica que se manifiesta mediante síntomas agudos de gravedad suficiente, incluyendo dolor intenso, de tal manera que se puede esperar razonablemente que la falta de atención médica inmediata resulte en cualquiera de las siguientes situaciones:

- i) Poner en grave peligro la salud del paciente;
- ii) Causar un deterioro grave a las funciones corporales, o
- iii) Una disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo.

Condición médica psiquiátrica que provoca una emergencia significa un trastorno mental que se manifiesta mediante síntomas agudos de gravedad suficiente que provocan que el paciente sea: un peligro inmediato para sí mismo o para otras personas, o inmediatamente incapaz de proveerse o utilizar alimentos, refugio o ropa, debido al trastorno mental.

Contrato de la Ciudad de San Mateo significa el acuerdo firmado por Health Plan of San Mateo y la Ciudad de San Mateo donde se describen los beneficios, las exclusiones, los pagos, la administración y otras condiciones bajo las cuales HPSM proveerá los servicios de HealthWorx HMO a los miembros de Health Plan of San Mateo.

Contrato de San Mateo County Public Authority (SMCPA) hace referencia al acuerdo firmado por Health Plan of San Mateo y San Mateo County Public Authority donde se describen los beneficios, las exclusiones, los pagos, la administración y otras condiciones bajo las cuales HPSM proveerá los servicios de HealthWorx HMO a los miembros de Health Plan of San Mateo.

Copago significa una cantidad que el miembro debe pagar por ciertos beneficios, en el momento de la cita médica.

Decisión de cobertura significa la aprobación, modificación o negación de servicios de atención médica por parte de HPSM o sus proveedores contratistas basadas en la conclusión de que un servicio en particular está incluido o excluido como beneficio cubierto bajo los términos y condiciones del plan de beneficios.

DMHC significa el Departamento de Atención Médica Administrada de California (Department of Managed Health Care).

El plan de salud (Health Plan) o HPSM se refieren a Health Plan of San Mateo.

Enfermedad terminal es una condición que tiene altas probabilidades de ocasionar la muerte en un año o menos.

Enmienda significa una descripción por escrito de cualquier cambio en el contrato de HealthWorx HMO, que Health Plan of San Mateo (HPSM) les enviará a los miembros cuando tales cambios afecten a la Evidencia de cobertura. Se deben leer estos cambios y luego adjuntarse a su Evidencia de cobertura.



Ensayo clínico aprobado significa un ensayo clínico de fase I, fase II, fase III o fase IV realizado en relación con la prevención, detección o tratamiento del cáncer u otra enfermedad o condición médica potencialmente mortal que cumpla al menos uno de los siguientes requisitos:

- El estudio o la investigación está aprobado o financiado, lo que puede incluir financiamiento a través de donaciones en especie, por parte de uno o más de los siguientes:
 - Los Institutos Nacionales de Salud.
 - Los Centros Federales para el Control y la Prevención de Enfermedades.
 - La Agencia para la Investigación y la Calidad del Cuidado de la Salud.
 - Los Centros Federales para Servicios de Medicare y Medicaid.
 - Un grupo cooperativo o centro de los Institutos Nacionales de Salud, los Centros Federales para el Control y Prevención de Enfermedades, la Agencia para la Investigación y la Calidad del Cuidado de la Salud, los Centros Federales para Servicios de Medicare y Medicaid, el Departamento de Defensa o el Departamento de Asuntos de los Veteranos de los Estados Unidos.
 - Una entidad de investigación no gubernamental calificada identificada en las directrices emitidas por los Institutos Nacionales de Salud para subvenciones de apoyo a centros.
 - Uno de los siguientes departamentos, si el estudio o la investigación ha sido revisado y aprobado mediante un sistema de revisión por pares que el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos determine que es comparable al sistema de revisión por pares utilizado por los Institutos Nacionales de Salud y que garantice una revisión imparcial bajo los más altos estándares científicos por parte de especialistas calificados que no tengan interés en el resultado de la revisión:
 - El Departamento de Asuntos de los Veteranos de los Estados Unidos.
 - El Departamento de Defensa de los Estados Unidos.
 - El Departamento de Energía de los Estados Unidos.
- El estudio o la investigación se lleva a cabo en el marco de una solicitud de nuevo medicamento en investigación revisada por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos.
- El estudio o la investigación es el ensayo clínico de un medicamento que está exento de una solicitud de nuevo medicamento en investigación examinada por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos.

Especialista o Proveedor referido significa un médico que sólo trata cierta clase de problemas, como huesos fracturados o problemas del corazón. Su médico regular le dirá si necesita atención especial y autorizará la visita.

Estado se refiere al Estado de California.



Si tiene alguna pregunta, llame a Servicios al miembro al **1-800-750-4776** o al **650-616-2133** (TTY: **1-800-855-3000** o marque **7-1-1**) de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 6:00 p.m. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.hpsm.org/healthworx.

Evaluación médica independiente (IMR) significa una evaluación de la negación, modificación o demora por parte de su plan de su solicitud de servicios o tratamiento de atención médica. La evaluación es realizada por el Departamento de Atención Médica Administrada y llevada a cabo por médicos independientes expertos. Si usted reúne los requisitos para una IMR, el proceso de la IMR le proporcionará una revisión imparcial de las decisiones médicas tomadas por su plan relacionadas con la necesidad médica de un servicio o tratamiento propuesto, decisiones de cobertura para tratamientos de naturaleza experimental o de investigación, y disputas de pagos por servicios médicos urgentes o de emergencia. Su plan debe pagar los servicios si una IMR decide que usted necesita recibir dichos servicios.

Evidencia de cobertura significa cualquier certificado, acuerdo, contrato, folleto o carta de constancia de derecho emitida a un miembro en la que se establece la cobertura a la que tiene derecho el miembro.

Fecha de aniversario hace referencia a la fecha de cada año que es la misma que el día y mes en que empezó la cobertura de HealthWorx HMO para un Suscriptor.

Grupo médico significa un grupo de profesionales que incluye médicos, clínicas, hospitales y otros profesionales de atención médica, bajo contrato con Health Plan of San Mateo para hacer los arreglos necesarios y suministrar servicios de atención médica a los miembros.

Hospital participante significa un hospital que es un Proveedor participante que cuenta con la licencia correspondiente.

Infertilidad iatrogénica hace referencia a la infertilidad causada por una intervención médica, incluyendo, sin limitaciones, las reacciones derivadas de medicamentos prescritos o de procedimientos médicos y quirúrgicos.

Infertilidad significa una condición médica o estado caracterizado por cualquiera de los siguientes:

- Las conclusiones de un médico con licencia, basadas en el historial médico, sexual y reproductivo del paciente, su edad, los hallazgos físicos, las pruebas de diagnóstico o cualquier combinación de esos factores. Esta definición no impedirá la realización de pruebas y diagnósticos de infertilidad antes del periodo de 12 o 6 meses para determinar la infertilidad.
- La incapacidad de una persona para reproducirse, ya sea individualmente o con su pareja, sin intervención médica.
- La imposibilidad de lograr un embarazo o de llevar un embarazo a término tras mantener relaciones sexuales regulares sin protección anticonceptiva. "Relaciones sexuales regulares sin protección anticonceptiva" significa no más de 12 meses de relaciones sexuales sin protección para una persona menor de 35 años o no más de 6 meses de relaciones sexuales sin protección para una persona de 35 años o más. Un embarazo que termina en aborto espontáneo no reinicia el periodo de 12 o 6 meses para poder ser considerado como infertilidad.

Instrucciones anticipadas sobre la atención médica significa un documento legal que le indica a su médico, familiares y amigos cuál es la atención médica que usted desea recibir si ya no puede tomar decisiones por sí mismo. Explica los tipos de tratamiento especial que desea o no desea recibir. Para obtener más información, comuníquese con el plan o con la Oficina del Procurador General de California.



La lista de proveedores es una lista de los Proveedores participantes que incluye a médicos, clínicas, hospitales y otros proveedores especializados.

Lista de medicamentos aprobados (Formulary) se refiere al listado de medicamentos autorizados por HPSM que pueden recetarse sin necesidad de una autorización previa.

Medicamento necesario significa un servicio o producto que atiende las necesidades específicas de ese paciente, con el fin de prevenir, diagnosticar o tratar una enfermedad, lesión, condición médica o sus síntomas, incluida la minimización de la progresión de esa enfermedad, lesión, condición médica o sus síntomas, de manera que cumpla con todos los siguientes requisitos:

- Se realiza de acuerdo con las normas generalmente aceptadas, incluidas las normas generalmente aceptadas para la atención de trastornos de salud mental o por consumo de sustancias.
- Es apropiado desde el punto de vista clínico, en términos del tipo, la frecuencia, el alcance, el lugar y la duración.
- No se brinda principalmente para el beneficio económico del plan de servicios de atención médica y de los miembros, ni para la conveniencia del paciente, el médico tratante u otro proveedor de atención médica.

Medicamento con receta o “medicamento” significa un medicamento aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) federal para su venta a los consumidores que requiere receta médica y no se proporciona para su uso en pacientes hospitalizados. El término “medicamento” o “medicamento con receta” incluye: (A) dispositivos desechables que sean médicamente necesarios para la administración de un medicamento con receta cubierto, tales como espaciadores e inhaladores para la administración de medicamentos con receta para pacientes ambulatorios en aerosol; (B) jeringas para medicamentos con receta autoinyectables que no se surten en jeringas precargadas; (C) medicamentos, dispositivos y productos aprobados por la FDA cubiertos por el beneficio de medicamentos con receta del producto de conformidad con las secciones 1367.002, 1367.25 y 1367.51 del Código de Salud y Seguridad, incluidos los medicamentos, dispositivos y productos aprobados por la FDA que no requieren receta médica; y (D) a elección del plan de salud, cualquier vacuna u otros beneficios de atención médica cubiertos por el beneficio de medicamentos con receta de HealthWorx.

Medicamento con receta para pacientes ambulatorios significa un medicamento autoadministrado que está aprobado por la Administración Federal de Alimentos y Medicamentos para su venta al público a través de una farmacia minorista o por correo postal, requiere receta médica y no se ha proporcionado para su uso en pacientes hospitalizados.

Medicare es el programa de seguro médico federal para personas de 65 años de edad o mayores, algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades y personas con enfermedad renal en fase terminal (generalmente aquellas con insuficiencia renal permanente que necesitan diálisis o trasplante de riñón).

Médico de atención primaria o PCP es el médico que usted selecciona o que se le asigna, que le brinda todo el cuidado básico al momento de unirse al Health Plan of San Mateo. Su médico de atención primaria es su médico habitual y es siempre el primer médico que consulta. Su PCP es el responsable de hacer los arreglos necesarios respecto a las referencias médicas para recibir atención especializada en caso de que la necesitara y de conocer su estado de salud.

Miembro significa un suscriptor, persona inscrita, empleado inscrito o dependiente de un suscriptor o empleado inscrito, que se ha inscrito en HealthWorx y cuya cobertura está activa o vigente.



Si tiene alguna pregunta, llame a Servicios al miembro al **1-800-750-4776** o al **650-616-2133** (TTY: **1-800-855-3000** o marque **7-1-1**) de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 6:00 p.m. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.hpsm.org/healthworx.

Potencialmente mortal significa cualquiera de las siguientes situaciones, o ambas:

- Enfermedades o condiciones médicas en las que las probabilidades de muerte son altas a menos que se interrumpa el curso de la enfermedad.
- Enfermedades o condiciones médicas con resultados potencialmente fatales, en las que el objetivo final de la intervención clínica es la supervivencia.

Prima hace referencia a la contribución mensual que hace San Mateo County Public Authority o la Ciudad de San Mateo a Health Plan of San Mateo por un miembro de HealthWorx HMO.

Programa HealthWorx HMO hace referencia al programa de seguro médico bajo la Sección 14087.51 del California Welfare and Institution Code para trabajadores elegibles de Servicios de Apoyo en el Hogar (In-Home Supportive Services, IHSS) cuyo empleador registrado es San Mateo County Public Authority; o empleados de medio tiempo, cuyo empleador registrado es la Ciudad de San Mateo.

Proveedor de atención médica debidamente calificado se refiere a un proveedor de atención médica que actúa dentro de su ámbito de práctica y que posee experiencia clínica, incluyendo capacitación y conocimientos especializados, relacionados con la enfermedad, afección o condición o condiciones médicas específicas asociadas con la solicitud de una segunda opinión.

Proveedor de atención médica significa cualquier profesional, grupo médico, asociación de práctica independiente, organización, centro de atención médica u otra persona o institución con licencia o autorización del estado para prestar o proporcionar servicios de salud.

Proveedor participante significa un médico, clínica, hospital, centro de atención para pacientes terminales u otro profesional o centro de atención médica, bajo contrato con Health Plan of San Mateo para hacer los arreglos necesarios y suministrar servicios de atención médica a los miembros.

Reclamación es una expresión escrita u oral de insatisfacción relacionada con el plan y/o proveedor, incluyendo problemas de calidad de la atención, e incluye una queja, disputa, solicitudes de reconsideración o apelación realizadas por un miembro o el representante del miembro. Cuando el plan no pueda distinguir entre una reclamación y una consulta, se debe considerar como reclamación.

Referencia significa que su médico de atención primaria (PCP) lo referirá a un especialista que sea proveedor participante cuando usted necesite cuidado especial.

Seramente debilitante significa enfermedades o condiciones médicas que pueden causar morbilidad irreversible grave.

Servicio de atención médica en disputa significa cualquier servicio de atención médica elegible para cobertura y pago que ha sido negado, modificado o retrasado con base en la decisión de HPSM o sus proveedores contratistas de que el servicio no es médicamente necesario.

Servicios de investigación se refiere a aquellos medicamentos, equipo, procedimientos o servicios para los que se han realizado estudios de laboratorio y/o con animales y para los que se están realizando estudios en seres humanos, pero:

- (1) Las pruebas no han concluido; y



- (2) La eficacia y seguridad de dichos servicios en seres humanos aún no se han establecido; y
- (3) El servicio no tiene un uso generalizado.

Servicios estándar de preservación de la fertilidad se refiere a procedimientos que se ajustan a las prácticas médicas establecidas y a las directrices profesionales publicadas por la Sociedad Estadounidense de Oncología Clínica o la Sociedad Estadounidense de Medicina Reproductiva.

Servicios experimentales se refiere a medicamentos, equipo, procedimientos o servicios que se encuentran en fase de prueba sometidos a estudios de laboratorio y/o con animales antes de las pruebas en seres humanos. Los servicios experimentales no están siendo objeto de una investigación clínica.

Servicios y atención de emergencia significa (1) exámenes médicos de detección, exploraciones y evaluaciones realizados por un médico y cirujano o, en la medida en que lo permita la legislación aplicable, por parte de otro personal adecuado bajo la supervisión de un médico y cirujano, para determinar si existe una condición médica de emergencia o un parto activo y, en caso afirmativo, la atención, el tratamiento y la cirugía, dentro del ámbito de la licencia de esa persona, si es necesario para aliviar o eliminar la condición médica de emergencia, dentro de las capacidades del centro; y/o (2) un examen de detección, exploración y evaluación adicionales por parte de un médico u otro personal, en la medida en que lo permita la legislación aplicable y dentro del alcance de su licencia y privilegios clínicos, para determinar si existe una condición médica psiquiátrica que provoca una emergencia, y la atención y el tratamiento necesarios para aliviar o eliminar la condición médica psiquiátrica que provoca la emergencia dentro de la capacidad del centro.

Solicitante se refiere a la persona que solicita para sí misma la cobertura de HealthWorx HMO.

Tarjeta de identificación significa la tarjeta que el Health Plan emite para cada miembro. Esta tarjeta debe presentarse a todos los Proveedores siempre que el miembro necesite atención.

Trabajo de parto activo se refiere al parto cuando no hay suficiente tiempo para trasladar con seguridad a la miembro a otro hospital antes del nacimiento o cuando el traslado de la miembro puede presentar una amenaza para la salud y seguridad de la miembro o del niño nonato.

Trastornos de salud mental o por consumo de sustancias significa una condición de salud mental o un trastorno por consumo de sustancias que se encuadra en cualquiera de las categorías de diagnóstico indicadas en el capítulo de trastornos mentales y del comportamiento de la edición más reciente de la Clasificación Internacional de Enfermedades o que se incluye en la versión más reciente del Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales).

Tratamiento de salud conductual hace referencia a servicios profesionales y programas de tratamiento que cumplen con criterios específicos, prescritos por un médico o desarrollados por un psicólogo, lo cual incluye análisis de comportamiento aplicado y programas de intervención de comportamiento basados en la evidencia que desarrollan o restauran, en la máxima medida posible, el funcionamiento de un individuo que tiene trastorno del espectro autista.

Se requiere un plan de tratamiento que se revisa periódicamente utilizando prácticas basadas en la evidencia para cumplir con las metas y los objetivos del tratamiento. El



Si tiene alguna pregunta, llame a Servicios al miembro al **1-800-750-4776** o al **650-616-2133** (TTY: **1-800-855-3000** o marque **7-1-1**) de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 6:00 p.m. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.hpsm.org/healthworx.

tratamiento debe ser proporcionado en el marco de un plan de tratamiento prescrito por un proveedor de servicios de autismo calificado, administrado por uno de los siguientes:

- Un proveedor calificado de servicios de autismo.
- Un profesional calificado de servicios de autismo supervisado y empleado por el proveedor calificado de servicios de autismo.

Un paraprofesional calificado en servicios para el autismo, supervisado por un proveedor o profesional calificado de servicios de autismo.



Sección 2: Derechos y responsabilidades del miembro

Como miembro, usted tiene derecho a:

- Recibir información sobre sus derechos y responsabilidades.
- Recibir información sobre su plan, los servicios que su plan le ofrece y los proveedores de atención médica disponibles para atenderle.
- Hacer recomendaciones acerca de la política de derechos y responsabilidades de los miembros del plan.
- Recibir información sobre todos los servicios de atención médica disponibles para usted, incluyendo una explicación clara de cómo obtenerlos y si el plan puede imponer ciertas limitaciones a esos servicios.
- Conocer los costos de su atención y si se ha alcanzado su deducible o su cantidad máxima de costos de desembolso.
- Elegir a un proveedor de atención médica de la red de su plan y cambiar a otro médico de la red de su plan si no está satisfecho.
- Recibir atención médica oportuna y accesible geográficamente.
- Tener una cita oportuna con un proveedor de atención médica en la red de su plan, incluyendo una con un especialista.
- Tener una cita con un proveedor de atención médica fuera de la red de su plan cuando su plan no pueda proporcionar acceso oportuno a la atención con un proveedor de atención médica de la red.
- Ciertas adaptaciones para su discapacidad, incluyendo:
 - Acceso equitativo a los servicios médicos, que incluye salas de examen accesibles y equipo médico en el consultorio o centro de un proveedor de atención médica.
 - Acceso integral y equitativo, igual que el público en general, a las instalaciones médicas.
 - Tiempo adicional para consultas si lo necesita.
 - Entrar con su animal de servicio a las salas de examen junto con usted.
- Adquirir un seguro de salud o determinar la elegibilidad para Medi-Cal a través del Intercambio de Beneficios de Salud de California, Covered California.
- Recibir atención considerada y cortés y ser tratado con respeto y dignidad.
- Recibir atención culturalmente competente, que incluye, entre otras cosas:
 - Atención médica inclusiva para personas transgénero, que incluye todos los servicios médicamente necesarios para tratar la disforia de género o condiciones intersexuales.
 - Que se dirijan a usted por el nombre y pronombre de su preferencia.
- Recibir de su proveedor de atención médica, bajo solicitud, toda la información apropiada respecto a su problema de salud o condición médica, plan de tratamiento y cualquier alternativa de tratamiento apropiada o médicamente necesaria propuesta. Esta información incluye información disponible sobre los resultados esperados, independientemente del costo o la cobertura de los beneficios, para que pueda tomar una decisión informada antes de recibir el tratamiento.



Si tiene alguna pregunta, llame a Servicios al miembro al **1-800-750-4776** o al **650-616-2133** (TTY: **1-800-855-3000** o marque **7-1-1**) de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 6:00 p.m. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.hpsm.org/healthworx.

- Participar con sus proveedores de atención médica en la toma de decisiones sobre su atención médica, incluyendo dar su consentimiento informado cuando reciba tratamiento. Hasta donde lo permita la ley, usted también tiene el derecho de rechazar el tratamiento.
- Una conversación acerca de las opciones de tratamiento médicamente necesarias o apropiadas para su condición médica, independientemente del costo o de la cobertura del beneficio.
- Recibir cobertura médica incluso si tiene una condición médica preexistente.
- Recibir el tratamiento médicamente necesario para un trastorno de salud mental o por consumo de sustancias.
- Recibir determinados servicios preventivos de salud, muchos de ellos sin copago, coseguro ni deducible.
- No tener límites anuales ni vitalicios en dólares para los servicios básicos de atención médica.
- Conservar en su plan a los dependientes que reúnan los requisitos.
- Ser notificado de cualquier aumento o cambio injustificado en las tarifas, según corresponda.
- Protección contra la facturación del saldo ilegal por parte de un proveedor de atención médica.
- Solicitar a su plan una segunda opinión de un proveedor de atención médica debidamente calificado.
- Esperar que su plan conserve la confidencialidad de su información personal de salud de conformidad con sus políticas de privacidad y las leyes estatales y federales.
- Solicitar a la mayoría de los proveedores de atención médica información sobre quién ha recibido su información personal de salud.
- Solicitar a su plan o a su médico que se comunique con usted solo de determinadas maneras o en determinados lugares.
- Tener protegida su información médica relacionada con servicios sensibles.
- Obtener una copia de sus expedientes médicos y añadir sus propias notas. Puede solicitar a su médico o plan de salud que modifique la información sobre usted que aparece en su expediente médico si no es correcta o está incompleta. Su médico o plan de salud pueden rechazar su solicitud. Si esto ocurre, puede añadir una declaración a su expediente explicando la información.
- Contar con un intérprete que hable su idioma en todos los puntos de contacto cuando reciba servicios de atención médica.
- Contar con un intérprete proporcionado sin costo alguno para usted.
- Recibir materiales escritos en su idioma preferido cuando así lo exija la ley.
- Tener la información de salud proporcionada en un formato utilizable si es ciego, sordo o tiene baja visión.
- Solicitar continuidad de la atención si su proveedor de atención médica o grupo médico abandona su plan o si usted es un nuevo miembro del plan.
- Contar con instrucciones anticipadas sobre la atención médica.
- Estar completamente informado sobre el procedimiento de reclamaciones de su plan y comprender cómo utilizarlo sin temor a la interrupción de su atención médica.
- Presentar una queja, reclamación o apelación en su idioma preferido sobre:



- Su plan o proveedor de atención médica.
- Cualquier atención que reciba, o acceso a la atención que desee obtener.
- Cualquier decisión sobre servicios o beneficios cubiertos que tome su plan.
- Cualquier cargo o factura indebida por concepto de atención.
- Cualquier alegación de discriminación por motivos de identidad de género o expresión de género, o por negaciones, demoras o modificaciones inapropiadas de la atención médica inclusiva para personas transgénero, incluidos los servicios médicamente necesarios para tratar la disforia de género o las condiciones intersexuales.
- No satisfacer sus necesidades lingüísticas.
- Saber por qué su plan le niega un servicio o tratamiento.
- Comunicarse con el Departamento de Atención Médica Administrada de California (DMHC) si tiene dificultades para acceder a los servicios de atención médica o si tiene preguntas sobre su plan.
- Solicitar una evaluación médica independiente si su plan negó, modificó o retrasó un servicio de atención médica.

Como miembro del plan, usted tiene la responsabilidad de:

- Tratar con respeto y dignidad a todos los proveedores de atención médica, al personal de los proveedores de atención médica y al personal del plan.
- Compartir la información necesaria con su plan y proveedores de atención médica, en la medida de lo posible, para ayudarle a recibir la atención adecuada.
- Participar en el desarrollo de objetivos terapéuticos acordados mutuamente con sus proveedores de atención médica y seguir los planes de tratamiento y las instrucciones en la medida de lo posible.
- En la medida de lo posible, acudir a todas las citas programadas y llamar a su proveedor de atención médica si va a llegar tarde o necesita cancelar.
- Abstenerse de presentar reclamaciones o información falsa, fraudulenta o engañosa a su plan o a sus proveedores de atención médica.
- Notificar a su plan sobre cualquier cambio de nombre, dirección o miembros de la familia cubiertos por su plan.
- Pagar oportunamente las primas, los copagos y los cargos por servicios no cubiertos.
- Notificar a su plan lo antes posible si se le factura incorrectamente.



Si tiene alguna pregunta, llame a Servicios al miembro al **1-800-750-4776** o al **650-616-2133** (TTY: **1-800-855-3000** o marque **7-1-1**) de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 6:00 p.m. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.hpsm.org/healthworx.

Sección 3: Uso del plan de salud

Ubicación de centros de atención y proveedores

Por favor lea la siguiente información para saber de quién o de qué grupo de proveedores puede obtener atención médica.

Cómo elegir a un Proveedor de atención primaria

La lista de proveedores del Health Plan of San Mateo, que recibió junto con esta Evidencia de cobertura, enumera a los médicos de atención primaria, las clínicas, los hospitales y otros proveedores de atención médica, así como las instalaciones disponibles para usted. La lista también incluye las direcciones, números de teléfono, idiomas que hablan y los hospitales con que trabajan los médicos y otros proveedores. HPSM actualiza esta lista cada tres (3) meses e indica los médicos que no aceptan nuevos pacientes. Usted puede escribir o llamar al Departamento de servicios al miembro al **1-800-750-4776** o al **650-616-2133** para solicitar una Lista de proveedores o para solicitar información específica sobre un médico, incluyendo educación reconocida por la junta, certificación emitida por la junta o capacitación especializada.

Su PCP es su médico principal y se encargará de la mayor parte de sus necesidades relacionadas con su atención médica. Un médico de atención primaria puede ser un pediatra, un médico general, un médico de familia, un internista o, en algunos casos, un médico gineco-obstetra. Si desea escoger a una enfermera especializada o un asistente médico específico, seleccione el centro de atención primaria donde él o ella trabaja.

Si aún no ha seleccionado a su médico, a continuación se incluyen algunas ideas para ayudarle a elegir a su médico de atención primaria.

Cómo elegir o cambiar su médico de atención primaria

- Usted puede escoger a su médico actual, si su nombre aparece en la lista.
OBIEN
- Puede elegir a un nuevo médico. En la lista de proveedores encontrará información útil sobre cada médico y las clínicas donde prestan servicios.

Antes de seleccionar al médico, podría ser conveniente pensar en lo siguiente:

- ¿Trabaja el médico en una clínica a la que me gusta ir?
- ¿El consultorio queda cerca de mi casa o trabajo?
- ¿Es fácil llegar en transporte público?
- ¿Los médicos y/o el personal del consultorio hablan mi idioma?
- ¿Trabaja el médico con un hospital que me gusta?
- ¿Prestan los servicios que podría necesitar?
- ¿Cuál es el horario de atención del consultorio médico?

Algunos médicos, hospitales y otros proveedores no proporcionan uno o más de los siguientes servicios que pueden estar cubiertos por HealthWorx HMO y que usted podría necesitar:

- Planificación familiar
- Servicios anticonceptivos, incluyendo anticoncepción de emergencia



- Esterilización, incluyendo ligadura de trompas al momento del parto y nacimiento
- Tratamientos de infertilidad
- Aborto inducido

Debe obtener más información antes de elegir a un médico. Llame a quien posiblemente será su médico, grupo médico, asociación médica independiente o clínica, o llame a un representante de Servicios al miembro al **1-800-750-4776** o al **650-616-2133** para asegurarse de que puede obtener los servicios de atención médica que necesita. Los miembros con deficiencias auditivas o del habla pueden llamar al TTY: **1-800-855-3000** o marque **7-1-1** (Servicio de retransmisión de mensajes de California).

Puede elegir a un nuevo PCP de tres maneras:

- 1) Use el Portal de miembros del sitio web de HPSM en www.hpsm.org/member-portal-login.
- 2) Llame a Servicios al miembro al **1-800-750-4776** (sin costo) o al **650-616-2133**. Abierto de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 6:00 p.m. Usuarios de TTY: **1-800-855-3000** o marque **7-1-1**.

NO elija a un PCP marcado como "EPO"

Pacientes que ya han visto al médico anteriormente (EPO)

Esto significa que el PCP no está aceptando pacientes nuevos

Use el Directorio de proveedores de HPSM. Si no tiene un directorio impreso, puede usar la versión en línea en www.hpsm.org/findprovider. Luego llene el formulario adjunto de Selección/cambio de PCP. Envíelo a HPSM en el sobre de devolución prepago adjunto. O envíelo por fax a Servicios al miembro al **650-616-8581**.

Usted y su PCP son un equipo de trabajo cuyo fin es mantenerle sano. Lo mejor es permanecer con el mismo médico para que él o ella llegue a conocer sus necesidades relacionadas con la atención médica. Si cambia frecuentemente de médico, la atención médica que recibe puede no ser tan buena como debería ser. El PCP que usted elija proveerá, autorizará y coordinará su atención médica, excepto los servicios de atención de emergencia y de urgencia fuera del área. Él o ella le atenderá durante la mayoría de las veces en que requiera servicio de atención médica, incluyendo los servicios preventivos.

Si no escoge un médico de atención primaria al inscribirse en el Programa HealthWorx HMO, el personal de Servicios al miembro de HPSM se comunicará con usted para ayudarlo a elegirlo. Si no podemos comunicarnos con usted, o no desea escoger un médico, nosotros le asignaremos un médico de acuerdo con su dirección, edad y otra información disponible que nos ayude a hacer una buena elección para usted.

Trabajar con su PCP es la clave de su atención médica. Su PCP puede referirlo a especialistas cuando sea necesario. Es posible que su PCP quiera examinarlo en su consultorio antes de autorizar su visita a un especialista.



Si tiene alguna pregunta, llame a Servicios al miembro al **1-800-750-4776** o al **650-616-2133** (TTY: **1-800-855-3000** o marque **7-1-1**) de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 6:00 p.m. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.hpsm.org/healthworx.

Para recibir información adicional antes de seleccionar un PCP, puede llamar al consultorio del médico. El Departamento de servicios al miembro de HPSM también puede proporcionarle información para ayudarle a elegir un PCP.

Cómo hacer sus citas

Llame a su médico de atención primaria (PCP) y haga una cita. El mejor momento para conocer a su PCP es cuando usted se encuentra sano, no cuando está enfermo.

Examen médico inicial

A todos los nuevos miembros se les exhorta a visitar a su proveedor de atención primaria para un examen médico inicial cuando se afilian al Programa HealthWorx HMO. La primera reunión con su nuevo médico es importante.

Es momento de que usted y el médico se conozcan y revisen su estado de salud. Su médico le ayudará a entender sus necesidades médicas y le aconsejará cómo mantenerse saludable. Llame al consultorio de su médico para hacer una cita hoy mismo. Podría ser conveniente que llene el formulario de la Herramienta de evaluación para mantenerse saludable y entregársela a su PCP. Puede llamar a un representante de Servicios al miembro al **1-800-750-4776** o al **650-616-2133** o visitar el sitio web de HPSM para obtener el formulario. El formulario hace preguntas acerca de su estilo de vida, comportamiento, entorno y necesidades culturales y lingüísticas. Llenar el formulario y llevarlo a su primera cita ayudará a su PCP a conocerlo mejor. Si no llena el formulario, su PCP le podría solicitar que lo conteste cuando acuda a su cita.

Cómo cambiar su proveedor de atención primaria

Si usted y su médico no logran establecer una buena relación, cualquiera de los dos tiene el derecho de solicitar un cambio. Por ejemplo, si usted falta a demasiadas citas, no sigue las recomendaciones médicas de su PCP, o su trato es incorrecto o abusivo, su PCP puede solicitar que usted seleccione un nuevo PCP. Si usted no está satisfecho con el tratamiento o servicio que recibe de su PCP, puede seleccionar un nuevo médico. Es posible que el representante de Servicios al miembro le pregunte la razón del cambio. Esta información es útil para que HPSM se pueda asegurar de que nuestros proveedores respondan a las necesidades de nuestros miembros.

Si decide elegir otro PCP, haremos todo lo posible por satisfacer su solicitud. Podría no aceptarse la selección del PCP de su elección en las siguientes situaciones:

1. el PCP está atendiendo solamente a pacientes establecidos (EPO, por sus siglas en inglés) y el miembro no ha consultado antes al PCP;
2. el consultorio del proveedor está lleno;
3. a usted se le retiró del consultorio del PCP en el pasado; o
4. usted seleccionó a un PCP que no atiende a miembros de su grupo de edad.

El cambio de PCP entrará en vigor el primer día del siguiente mes si recibimos el cambio antes del día 22 del mes.

Por favor, tome en cuenta: Le enviaremos por correo una nueva tarjeta de identificación de miembro con el nombre de su nuevo PCP. Su nueva tarjeta de identificación indicará la fecha en la que entrará en vigencia el cambio de su PCP. Por favor siga consultando al PCP impreso en su Tarjeta de identificación actual para todas sus necesidades relacionadas con atención médica hasta la fecha en que el cambio sea vigente. Si no recibe una nueva tarjeta de identificación en diez (10) días o si tiene preguntas acerca de la fecha efectiva de cambio, por favor comuníquese con un representante de Servicios al miembro de HPSM al **1-800-750-4776** o al **650-616-2133**.

Continuidad de la atención para nuevos miembros

Bajo ciertas circunstancias, HPSM proveerá continuidad de la atención a nuevos miembros que



reciban servicios médicos de un proveedor no participante, tal como un médico o un hospital, cuando HPSM determine que es médicamente apropiado continuar con el tratamiento con un proveedor no participante. Si usted es un nuevo miembro puede solicitar autorización para continuar recibiendo los servicios médicos de un proveedor no participante, si recibía esta atención antes de inscribirse a HPSM y si presenta una de las siguientes condiciones médicas:

- Una condición aguda. Los servicios cubiertos deberán ser proporcionados hasta su conclusión mientras dure la condición aguda.
- Una condición crónica grave. Los servicios cubiertos deberán ser proporcionados hasta su conclusión durante un periodo de tiempo necesario para realizar un curso de tratamiento y hacer los arreglos a fin de realizar una transferencia segura a otro proveedor, tal como lo determine HPSM en consulta con usted y el proveedor no participante y que sea coherente con una buena práctica profesional. Los servicios cubiertos deberán ser proporcionados hasta su conclusión y no exceder doce (12) meses a partir del momento en que se inscriba en HPSM.
- El embarazo, incluye atención postparto. Los servicios cubiertos deberán ser proporcionados hasta su conclusión mientras dure el embarazo. La atención a la salud mental de la madre durante el embarazo no podrá superar los doce (12) meses desde el diagnóstico o desde el final del embarazo.
- Una enfermedad terminal. Los servicios cubiertos deberán ser proporcionados hasta su conclusión mientras dure la enfermedad terminal. Los servicios cubiertos deberán ser proporcionados hasta su conclusión y podrán exceder doce (12) meses a partir del momento en que se inscriba en HPSM.
- Cuidado de un niño recién nacido entre el nacimiento y los treinta y seis (36) meses de edad. Los servicios cubiertos deberán ser proporcionados hasta su conclusión y no exceder doce (12) meses a partir del momento en que se inscriba en HPSM.
- La realización de una cirugía u otro procedimiento autorizado por su plan anterior como parte de un curso de tratamiento documentado y que fue recomendado y documentado por el proveedor no participante para realizarse dentro de los 180 días siguientes a su inscripción en HPSM.

Por favor comuníquese con nosotros al **1-800-750-4776** o al **650-616-2133** para solicitar la continuidad de la atención o para obtener una copia de la Política de continuidad de la atención. Normalmente, la elegibilidad para continuar recibiendo atención se basa en su condición médica. La elegibilidad no se basa estrictamente en el nombre de su condición. Si se aprueba su solicitud, usted será responsable financieramente sólo por los copagos que se aplican de acuerdo a este plan.

Solicitaremos que el proveedor no participante acceda a los mismos términos y condiciones contractuales que se imponen a los proveedores participantes que brindan servicios similares, incluyendo los términos de pago.

Si el proveedor no participante no acepta los términos y condiciones, HPSM no está obligado a continuar utilizando los servicios de ese proveedor. HPSM no está obligado a brindar continuidad de la atención, como se describe en esta sección, a un miembro cubierto recientemente, que tenía cobertura bajo un acuerdo de suscriptor individual y que recibe un tratamiento en la fecha de inicio de su cobertura de HealthWorx HMO. La continuidad de la atención no proporciona cobertura para beneficios que de otra manera no estarían cubiertos por este acuerdo.

Un representante de Servicios al miembro le notificará acerca de la decisión de HPSM. Si concluimos que usted no cumple con los criterios para la continuidad de la atención y usted no



Si tiene alguna pregunta, llame a Servicios al miembro al **1-800-750-4776** o al **650-616-2133** (TTY: **1-800-855-3000** o marque **7-1-1**) de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 6:00 p.m. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.hpsm.org/healthworx.

está conforme con nuestra determinación, consulte el “Proceso de reclamaciones y apelaciones de HPSM” (HPSM’s Grievance and Appeals Process) en la página 84.

Si tiene preguntas adicionales acerca de la continuidad de la atención, le exhortamos a que se comunique con el Departamento de Atención Médica Administrada de California (DMHC), el cual protege a los consumidores de HMO, por teléfono a su número gratuito, **1-888-466-2219**; o al número TDD para personas con dificultades auditivas, **1-877-688-9891 o 7-1-1**; o visite el sitio web de DMHC para obtener más información: www.dmhc.ca.gov.

Continuidad de la atención por finalización del contrato del proveedor

Si su médico de atención primaria u otro proveedor de atención médica da por terminada su relación de trabajo con HPSM, le enviaremos por correo la notificación con 60 días de anticipación a la fecha de terminación del contrato o tan pronto el proveedor nos lo informe.

HPSM brindará continuidad de la atención por los servicios cubiertos que le han sido suministrados a usted por un proveedor que ha dejado de participar en el plan, si usted estaba recibiendo esta atención del proveedor antes de la terminación del contrato y presenta una de las siguientes condiciones:

- Una condición aguda. Los servicios cubiertos deberán ser proporcionados hasta su conclusión mientras dure la condición aguda.
- Una condición crónica grave. Los servicios cubiertos deberán ser proporcionados hasta su conclusión por un periodo de tiempo necesario para realizar un curso de tratamiento y hacer los arreglos para realizar una transferencia segura a otro proveedor, tal como lo determine HPSM en consulta con usted y el proveedor que ha dejado de participar y que sea congruente con una buena práctica profesional. Los servicios cubiertos deberán ser proporcionados hasta su conclusión y no exceder doce (12) meses a partir de la fecha de terminación del contrato del proveedor.
- El embarazo, incluye atención postparto. Los servicios cubiertos deberán ser proporcionados hasta su conclusión mientras dure el embarazo. La atención a la salud mental de la madre durante el embarazo no podrá superar los doce (12) meses desde el diagnóstico o desde el final del embarazo.
- Una enfermedad terminal. Los servicios cubiertos deberán ser proporcionados hasta su conclusión mientras dure la enfermedad terminal. Los servicios cubiertos deberán ser proporcionados hasta su conclusión y podrá exceder doce (12) meses a partir del momento en que el proveedor suspende la relación contractual con HPSM.
- Cuidado de un niño recién nacido entre el nacimiento y los treinta y seis (36) meses de edad. Los servicios cubiertos deberán ser proporcionados hasta su conclusión y no exceder doce (12) meses a partir de la fecha de terminación del contrato del proveedor.
- La realización de una cirugía u otro procedimiento que HPSM haya autorizado como parte de un curso de tratamiento documentado y que haya sido recomendado y documentado por el proveedor para realizarse en los 180 días siguientes a la fecha de terminación del contrato del proveedor.

La continuidad de la atención no se aplicará a proveedores que han sido despedidos debido a una causa o razón disciplinaria médica, fraude u otra actividad criminal. El proveedor que ha sido despedido debe aceptar por escrito proveerle a usted los servicios de acuerdo con los términos y condiciones de su acuerdo con HPSM antes de la terminación del contrato, que incluye las tasas de reembolso. Si el proveedor no acepta estos términos y condiciones contractuales, así como las tasas de reembolso, no estamos obligados a continuar los servicios del proveedor después de



la fecha de terminación del contrato.

Por favor comuníquese con nosotros al **1-800-750-4776** o al **650-616-2133** para solicitar la continuidad de la atención o para obtener una copia de la Política de continuidad de la atención. Normalmente, la elegibilidad para continuar recibiendo atención se basa en su condición médica. La elegibilidad no se basa estrictamente en el nombre de su condición. La continuidad de la atención no proporciona cobertura para beneficios que de otra manera no estarían cubiertos por este acuerdo. Si se aprueba su solicitud, usted será responsable financieramente sólo por los copagos que se aplican de acuerdo a este plan.

Un representante de Servicios al miembro le notificará acerca de la decisión de HPSM. Si concluimos que usted no cumple con los criterios para la continuidad de la atención y usted no está conforme con nuestra determinación, consulte el "Proceso de reclamaciones y apelaciones de HPSM" (HPSM's Grievance and Appeals Process) en la página 84.

Si tiene preguntas adicionales acerca de la continuidad de la atención, le exhortamos a que se comunique con el Departamento de Atención Médica Administrada de California (DMHC), el cual protege a los consumidores de HMO, por teléfono a su número gratuito, **1-888-466-2219**; o al número TDD para personas con dificultades auditivas, **1-877-688-9891 o 7-1-1**; o visite el sitio web de DMHC para obtener más información: www.dmhc.ca.gov.

Servicios de salud para personas de origen indígena

Los indígenas americanos o nativos de Alaska que son miembros de HealthWorx HMO, pueden escoger cualquier proveedor de servicios de salud para personas de origen indígena disponible, tal como lo dispone la ley federal. El proveedor no tiene que ser parte de la red de HealthWorx HMO y HPSM hará los arreglos necesarios para coordinar los servicios apropiados para estos miembros.

Servicios sensibles

Los servicios sensibles incluyen todos los servicios de atención médica relacionados con la salud mental o conductual, la salud sexual y reproductiva, las infecciones de transmisión sexual, los trastornos por consumo de sustancias, la atención para la afirmación del género y la violencia de pareja.

Como miembro de HealthWorx, usted no está obligado a obtener la aprobación del titular de la póliza o del suscriptor principal de HealthWorx, ni de ningún otro miembro de HealthWorx para recibir servicios sensibles, ni para presentar un reclamo por servicios sensibles cuando tenga derecho a dar su consentimiento para recibir atención.

Usted recibirá todas las comunicaciones de HPSM relacionadas con la recepción de servicios sensibles directamente en la dirección, la dirección de email o el número de teléfono que tengamos en nuestros archivos. Si lo solicita, HPSM puede enviar todas las comunicaciones a una dirección alternativa, una dirección de email alternativa o un número de teléfono alternativo. Consulte "comunicación confidencial" a continuación para obtener instrucciones. Todas las comunicaciones incluyen:

- 1) Facturas e intentos de recolectar el pago.
- 2) Avisos de determinación adversa de beneficios (cartas de negación).
- 3) Explicación de los avisos sobre beneficios.
- 4) Solicitudes de información adicional relacionadas con un reclamo.
- 5) Avisos de reclamos impugnados.
- 6) El nombre y la dirección de un proveedor, la descripción de los servicios prestados y otra información relacionada con una consulta.



Si tiene alguna pregunta, llame a Servicios al miembro al **1-800-750-4776** o al **650-616-2133** (TTY: **1-800-855-3000** o marque **7-1-1**) de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 6:00 p.m. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.hpsm.org/healthworx.

- 7) Cualquier comunicación escrita, oral o electrónica de HPSM que contenga su información de salud protegida.

HPSM no divulgará la información médica relacionada con los servicios sensibles que se le hayan prestado a usted a ningún otro titular de una póliza de HealthWorx, suscriptor principal de HealthWorx o cualquier otro miembro de HealthWorx, a menos que usted le otorgue a HPMS la autorización expresa por escrito para hacerlo.

UNA DECLARACIÓN QUE DESCRIBE LAS POLÍTICAS Y PROCEDIMIENTOS DE HPSM PARA PRESERVAR LA CONFIDENCIALIDAD DE LOS EXPEDIENTES MÉDICOS ESTÁ A SU DISPOSICIÓN Y SE LE ENTREGARÁ CUANDO LA SOLICITE.

Comunicación confidencial

Puede solicitar la comunicación confidencial en la forma y el formato que prefiera, si HPSM puede producir la forma o el formato, o en un lugar alternativo, como una dirección postal, una dirección de email o un número de teléfono alternativos. Debe hacer su solicitud de comunicación confidencial por escrito o por transmisión electrónica (por email o fax).

La solicitud de comunicación confidencial se aplicará a todas las comunicaciones que divulguen información médica o los nombres y direcciones de los proveedores relacionados con su recepción de atención médica.

Las solicitudes de comunicación confidencial serán tramitadas por HPSM en un plazo de siete (7) días naturales a partir de la recepción de un email o fax, o en un plazo de 14 días naturales a partir de una solicitud por escrito recibida por correo. HPSM acusará recibo de su solicitud y le informará del estado de la tramitación de su solicitud.

Las solicitudes por escrito deberán enviarse a la siguiente dirección:

Member Services Department
Health Plan of San Mateo
801 Gateway Blvd., Suite 100
South San Francisco, CA 94080

Para hacer una solicitud por teléfono, llame a Servicios al miembro de HPSM al **1-800-750-4776** o **650-616-2133** (TTY: **1-800-855-3000** o marque **7-1-1**).



Puede enviar por email su solicitud a:

customersupport@hpsm.org

O puede enviar por fax su solicitud a:

Fax: 650-616-8581

Su solicitud de comunicación confidencial es válida hasta que presente una revocación de la misma, o se presente una nueva solicitud de comunicación confidencial.

Área de servicio de HealthWorx HMO

El área de servicio de HealthWorx HMO es el condado de San Mateo. Es importante que consulte a médicos que participan en Health Plan of San Mateo.

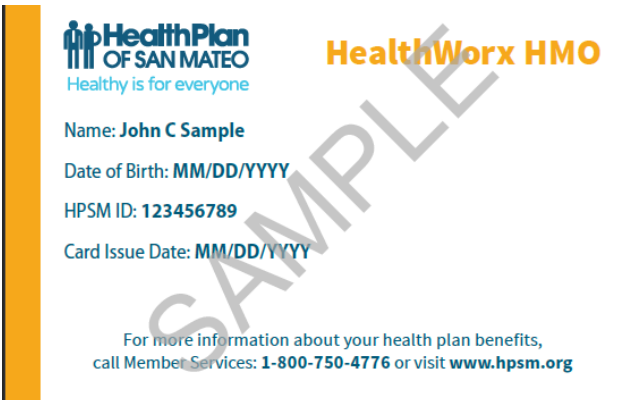


Si tiene alguna pregunta, llame a Servicios al miembro al **1-800-750-4776** o al **650-616-2133** (TTY: **1-800-855-3000** o marque **7-1-1**) de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 6:00 p.m. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.hpsm.org/healthworx.

Sección 4: Procedimientos para obtener los servicios de atención médica

Tarjeta de identificación de miembro

Cada miembro que esté cubierto por el Programa HealthWorx HMO recibirá su propia Tarjeta de identificación (ID) de HPSM. Lleve con usted siempre su tarjeta de identificación de miembro actualizada y muéstrela cada vez que solicite servicios de atención médica. Las personas que le brinden el servicio necesitan saber que usted es miembro de HPSM.



Frente de la tarjeta



Reverso de la tarjeta
Este lado describe cómo se usa la tarjeta

Arriba aparece una muestra de la Tarjeta de identificación de miembro.

NÚM. DE ID:	Este es el número que HPSM le asigna.
Fecha de emisión de la atención:	Esta fecha indica cuando entra en vigor la información de esta tarjeta.
Nombre:	Esta persona es elegible para recibir beneficios bajo el Programa HealthWorx HMO.
PCP:	Es su médico de atención primaria (PCP).
Fecha de nacimiento:	Es su fecha de nacimiento.
Copago:	Es la cantidad que usted tiene que pagar por ciertos beneficios, usualmente al momento de la cita. Consulte la Sección 6 para obtener una lista completa de los copagos.



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

En ocasiones es difícil saber qué tipo de atención necesita usted. Su médico o una enfermera estarán a su disposición para brindarle ayuda por teléfono las 24 horas del día, los siete días de la semana. A esto se le conoce como “triaje”. Estas son algunas maneras en que el triaje le puede ayudar.

- Le pueden contestar sus preguntas sobre alguna inquietud médica que tenga e indicarle cómo atenderse usted mismo en su casa si fuere necesario.
- Pueden guiarlo e indicarle si debe recibir atención médica, y cómo y dónde obtener la atención, y si usted no está seguro si su condición médica es de emergencia, pueden ayudarlo a decidir si necesita servicios de Atención médica de emergencia o de Atención de urgencia, y cómo y dónde obtener dicha atención.
- Le pueden decir qué hacer si necesita atención y el consultorio de su proveedor está cerrado.

Los proveedores de HPSM se cerciorarán de que usted hable con un médico o enfermera por teléfono en un periodo de tiempo que sea apropiado de acuerdo a su problema médico. El tiempo de espera para que un médico o enfermera le devuelva la llamada no será de más de 30 minutos.

HPSM se cerciorará de que los proveedores de atención médica contratados también cuenten con servicio de contestador, o contestadora automática, disponible fuera de horas hábiles, que pueda proporcionar información sobre cómo solicitar servicio urgente o de emergencia.

Póngase en contacto con su PCP al número que aparece en su tarjeta de identificación de miembro de HPSM para utilizar los servicios telefónicos de triaje, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Si no puede comunicarse con su médico, una enfermera de la Línea de asesoramiento por enfermeras puede clasificar sus problemas de salud y responder a algunas preguntas sobre la atención médica. Puede llamar a la Línea de asesoramiento por enfermeras las 24 horas del día, 7 días a la semana. Llame a la Línea de asesoramiento por enfermeras al **1-833-846-8773**. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-800-855-3000** o marcar **7-1-1**. La llamada es gratuita.

Tiene derecho a servicios de interpretación que le ayuden a recibir sus servicios. Los servicios de interpretación están disponibles por teléfono, sin costo, las 24 horas del día en los centros de servicio, como el consultorio de su médico. No tiene que recurrir a familiares, amigos o hijos como intérpretes.

Si tiene alguna pregunta, llame a Servicios al miembro de HPSM al **1-800-750-4776**, de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 6:00 p.m.

Los miembros con deficiencias auditivas o del habla pueden llamar al TTY: **1-800-855-3000** o marque **7-1-1** (Servicio de retransmisión de mensajes de California).

Cómo hacer sus citas

Cuando usted reciba su tarjeta de identificación debe llamar a su médico principal, también llamado Proveedor de atención primaria (PCP) y programar una cita. El mejor momento para conocer a su PCP no es cuando usted está enfermo, sino cuando se encuentra sano. Como miembro nuevo, debería hacerse un examen inicial de bienestar dentro de los siguientes cuatro (4) meses después de afiliarse a HPSM. Durante su examen inicial de bienestar su médico registrará su historial médico completo y le hará un examen físico. Este examen inicial de



Si tiene alguna pregunta, llame a Servicios al miembro al **1-800-750-4776** o al **650-616-2133** (TTY: **1-800-855-3000** o marque **7-1-1**) de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 6:00 p.m. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.hpsm.org/healthworx.

bienestar evalúa su estado general y riesgos a la salud.

Para hacer una cita con su PCP, llame al número de teléfono de su PCP que aparece en su tarjeta de identificación de HPSM. Puede preguntar al personal del consultorio cómo programar citas, reglas sobre citas y cómo llegar al consultorio. Le sugerimos que llegue al consultorio de su médico unos 15 minutos antes de su cita. **Es muy importante que cumpla con sus citas.** Esta es una manera clave para que usted y su PCP se conozcan mutuamente y se familiaricen con sus necesidades de atención médica. Deberá mostrar su tarjeta de identificación de HPSM. Para obtener atención de rutina o de urgencia, siempre llame a su PCP.

Cuando esté enfermo, llame al consultorio de su médico para programar una cita. El personal del consultorio le hablará sobre su consulta con el médico. Ellos le dirán qué hacer y a dónde ir. Al comunicarse con su médico cuanto antes, usted podría evitar un viaje a la sala de emergencias del hospital.

HPSM tiene que cerciorarse de que sus médicos le den una cita que sea adecuada a sus necesidades médicas. La siguiente tabla muestra el tiempo de espera en función del tipo de cita que usted necesita.

Tipo de cita	Tiempo de espera desde el día en que se solicita la cita	Tipo de proveedor/autorización	Ejemplos
Atención de urgencia	En un plazo de 2 días (48 horas)	NO es necesaria la autorización de HPSM	
Atención de urgencia	En un plazo de 4 días (96 horas)	Es necesaria la autorización de HPSM	
Atención no urgente	En el plazo de 2 semanas (10 días hábiles)	Proveedor de atención primaria	Proveedor de atención primaria
Atención no urgente	En el plazo de 3 semanas (15 días hábiles)	Médico especialista	Ojos, oído-nariz-garganta, ortopedistas
Atención no urgente	En el plazo de 2 semanas (10 días hábiles)	Proveedor no médico de servicios de salud mental	Psicólogo, terapeuta matrimonial y familiar
Atención no urgente	En el plazo de 3 semanas (15 días hábiles)	Servicios auxiliares para el diagnóstico o tratamiento de lesiones, enfermedades u otras afecciones médicas	Rayos X, terapia física



Visitas de Telesalud

Las visitas de Telesalud están disponibles para usted. Telesalud se refiere al modo de proporcionar Servicios cubiertos por medio de tecnologías de información y comunicación para facilitar el diagnóstico, consulta, tratamiento, orientación, administración y autoadministración de la atención de un miembro desde un lugar donde el miembro se encuentra en el momento en que se proporcionan los servicios de atención médica, o el lugar desde donde se transmite la información médica del miembro sin la presencia de este, a un lugar donde se encuentra el proveedor mientras brinda estos servicios, incluyendo la comunicación interactiva en tiempo real entre el miembro y el proveedor. HPSM proveerá cobertura de servicios de atención médica apropiadamente proporcionados a través de Telesalud del mismo modo y con el mismo alcance en que el Plan es responsable de la cobertura del mismo servicio a través del diagnóstico, la consulta o el tratamiento en forma presencial.

Servicios para la mujer

Los miembros del sexo femenino tienen acceso directo a los servicios gineco-obstétricos (OB/GIN). Los miembros pueden elegir que estos servicios los preste un médico de atención primaria, incluyendo médicos familiares, internistas y médicos generales calificados para brindar servicios de ginecología/obstetricia y cirugía menor. Los miembros pueden referirse a sí mismos con cualquier Gineco-obstetra o médico de atención primaria dentro de la red de HealthWorx HMO para obtener servicios de ginecología/obstetricia.

Autorización previa (PA, por sus siglas en inglés) para recibir servicios

Su médico de atención primaria coordinará sus necesidades de atención médica y hará los arreglos necesarios relacionados con los servicios especializados cuando sea necesario. En algunos casos, HPSM debe autorizar los servicios especializados antes de que usted los reciba. Su médico de atención primaria obtendrá las referencias médicas y autorizaciones necesarias. Algunos servicios especializados, como los servicios de gineco-obstetricia, no requieren autorización previa antes de recibirlos.

Si consulta con un especialista o recibe servicios especializados antes de obtener la autorización necesaria, usted será responsable de pagar el costo del tratamiento. Si HPSM niega una solicitud de servicios especializados, le enviará una carta explicando la razón y la forma de apelar la decisión si no está de acuerdo con la negativa.

Referencias a médicos especialistas

Su proveedor de atención primaria puede decidir referirlo a un médico especialista a fin de recibir atención para una condición médica específica. No se requiere una referencia médica autorizada por HPSM si el servicio es proporcionado por un proveedor contratado por HPSM. En colaboración con usted, su proveedor de atención primaria elegirá a un médico especialista participante, un hospital participante u otro proveedor participante de quien usted podría recibir los servicios. Su PCP le proporcionará instrucciones sobre cómo obtener la atención especializada. Esto podría ser mediante instrucciones por escrito o verbales. Para obtener una lista de especialistas, llame a Servicios al miembro al **1-800-750-4776 o al 650-616-2133**. Los miembros con deficiencias auditivas o del habla pueden llamar al TTY: **1-800-855-3000** o marque **7-1-1** (Servicio de retransmisión de mensajes de California).



Si tiene alguna pregunta, llame a Servicios al miembro al **1-800-750-4776** o al **650-616-2133** (TTY: **1-800-855-3000** o marque **7-1-1**) de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 6:00 p.m. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.hpsm.org/healthworx.

Si la solicitud es para un especialista fuera de la red, HPSM le solicitará al PCP que, si es posible, elija a un especialista de la red. En caso de que no haya un proveedor participante disponible para brindar el servicio que necesita, su proveedor de atención primaria lo referirá a un proveedor de servicios no participante, luego de obtener la autorización de HPSM.

Esto asegurará que usted reciba la atención de la más alta calidad de manera oportuna. El número de autorización en el Formulario de autorización de referencias (RAF, por sus siglas en inglés) le permite al especialista saber que su PCP aprobó su visita y que recibirá de HPSM el pago por sus servicios. Si fueran necesarias visitas adicionales al especialista, el especialista se encargará de organizarlas. Su PCP le proporcionará instrucciones sobre cómo obtener la atención especializada. Esto podría ser mediante instrucciones por escrito o verbales.

Referencias médicas permanentes

Si tiene una condición o enfermedad que necesita atención médica especializada por un periodo de tiempo prolongado, es posible que necesite una referencia médica permanente a un especialista para recibir atención especializada continua. Si recibe una referencia médica permanente a un especialista, no necesitará obtener autorización cada vez que consulte a dicho especialista. Asimismo, si su condición médica o enfermedad potencialmente mortal, es degenerativa o incapacitante, es posible que necesite una referencia médica permanente a un especialista o centro de atención especializada que tenga experiencia en el tratamiento de dicha condición médica o enfermedad con el propósito de que el especialista coordine su atención médica. Llame a su médico de atención primaria para obtener una referencia médica permanente. Si tiene cualquier dificultad para obtener una referencia médica permanente, llame a HPSM al **1-800-750-4776** o al **650-616-2133**. Los miembros con deficiencias auditivas o del habla pueden llamar al TTY: **1-800-855-3000** o marque **7-1-1** (Servicio de retransmisión de mensajes de California). Si, después de llamar al Plan siente que no se han satisfecho sus necesidades, consulte el "Proceso de quejas y apelaciones" de HPSM en la página 84.

Este es un resumen de la política de referencia médica a especialistas del HPSM. Para obtener una copia de nuestra política, por favor comuníquese con nosotros al **1-800-750-4776** o al **650-616-2133**.

En algún momento en el futuro, HPSM puede cambiar su política acerca de si se necesita o no la aprobación de HPSM para las referencias médicas del PCP para consultar a un especialista. De ser así, le notificaremos por anticipado la fecha de vigencia del cambio del proceso de referencias médicas. Después de la fecha de inicio del cambio, es posible que se le solicite que HPSM autorice una referencia médica por escrito por parte de su PCP antes de que pueda consultar a un especialista. Si no tiene una referencia médica por escrito autorizada antes de que obtenga los servicios, es posible que usted mismo tenga que pagar estos servicios.

Para obtener una segunda opinión

Es posible que algunas veces usted tenga preguntas acerca de su enfermedad o el plan de tratamiento recomendado por su proveedor de atención primaria. Es posible que desee obtener una segunda opinión. Puede solicitar una segunda opinión por cualquier motivo, entre ellos los siguientes:

- Duda de la sensatez o necesidad de un procedimiento quirúrgico recomendado.
- Tiene preguntas acerca de un diagnóstico o plan de tratamiento de una condición crónica o de una condición que pueda provocar la pérdida de la vida, pérdida de una extremidad, pérdida de una función corporal o discapacidad sustancial.



- El consejo de su proveedor no es claro, o es complejo y confuso.
- Su proveedor no puede diagnosticar la condición o el diagnóstico es dudoso debido a resultados contradictorios de las pruebas.
- El plan de tratamiento que se está llevando a cabo no ha mejorado su condición médica en un periodo de tiempo apropiado.
- Usted ha intentado seguir el plan de tratamiento o ha consultado con su proveedor inicial en relación a sus inquietudes acerca del diagnóstico o plan de tratamiento.

Debe hablar con su proveedor de atención primaria si desea una segunda opinión.

Si solicita una segunda opinión acerca de la atención, usted recibirá una segunda opinión por parte de un profesional de atención médica de la red de HPSM debidamente calificado que usted elija. Si no hay un profesional de atención médica debidamente calificado dentro de la red de HPSM, HPSM autorizará una segunda opinión por parte de un profesional de atención médica no participante debidamente calificado. En este caso, se requiere una referencia médica por escrito autorizada por HPSM. Usted será responsable de realizar todos los copagos por la segunda opinión.

Si se rechaza su solicitud de segunda opinión y usted quiere apelar nuestra decisión, sírvase consultar el Procedimiento de quejas y apelaciones de HPSM en la página 84.

Este es un resumen de la política de HPSM con relación a segundas opiniones. Para obtener una copia de nuestra política, por favor comuníquese con nosotros al **1-800-750-4776** o al **650-616-0050**.

Si la solicitud es para un especialista fuera de la red, HPSM le solicitará al PCP que, si es posible, elija a un especialista de la red. En caso de que no haya un proveedor participante disponible para brindar el servicio que necesita, su médico de atención primaria lo referirá a un proveedor de servicios no participante, luego de obtener la autorización de HPSM.

Evaluación de utilización

Autorización previa (PA) para recibir servicios

Algunos servicios médicos y algunos medicamentos que se facturan bajo su beneficio médico necesitan una autorización previa de HPSM. La autorización previa significa que el HPSM y su médico están de acuerdo en que los servicios que se requieren son médicamente necesarios para su tratamiento antes de que reciba el servicio o medicamento. Para recibir estos servicios, su médico deberá presentar una solicitud de autorización previa enviando el formulario correspondiente a HPSM. Esta es una solicitud de servicio/tratamiento que requiere autorización previa por parte de HPSM. Cuando HPSM recibe este formulario, lo evalúa nuestro personal médico (médico, enfermero y/o personal de farmacia) para su autorización. Cuando revisamos la solicitud de autorización previa, utilizamos normas clínicas vigentes que cumplen con los estándares estatales y nacionales para ayudarnos a tomar la decisión sobre si es médicamente necesario el servicio o medicamento solicitado para usted. La mayoría de las solicitudes de autorización previa se aprueban, pero en algunos casos pueden ser negadas o diferidas. Cuando se niega una solicitud de autorización previa por una razón médica, significa que no ha sido aprobada para los servicios/tratamientos que su médico solicitó. Usted y su médico recibirán entonces una carta que explica el motivo de la negativa de la solicitud de autorización previa y por qué el equipo médico de HPSM determinó que el servicio no es



Si tiene alguna pregunta, llame a Servicios al miembro al **1-800-750-4776** o al **650-616-2133** (TTY: **1-800-855-3000** o marque **7-1-1**) de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 6:00 p.m. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.hpsm.org/healthworx.

médicamente necesario. La carta también explicará su derecho de apelar la decisión y cómo hacerlo. Si su solicitud de autorización previa es negada por una razón administrativa (no médica), le explicaremos (en una notificación a usted y a su médico) la razón de la negativa. Las razones para una negación administrativa de una solicitud de autorización previa pueden incluir lo siguiente: usted no tiene elegibilidad de HPSM durante el periodo en revisión o el servicio lo cubre el estado y no HPSM.

Una autorización es diferida si el personal del HPSM necesita información adicional de su médico para decidir si los servicios/tratamiento que su médico solicita pueden ser aprobados. Si eso sucede, usted recibirá una carta de aviso de acción para hacerle saber que, para poder aprobar la autorización, solicitamos más información a su proveedor

Se responden todas las solicitudes de autorización previa no urgentes enviadas a HPSM en un plazo de cinco (5) días hábiles. Si una solicitud de autorización previa es urgente, responderemos **según sea médicamente necesario pero a más tardar en 72 horas**. Se evalúan los servicios solicitados en función de la necesidad médica. Los criterios y pautas que se utilizan para evaluar las solicitudes de autorización previa se desarrollan con los aportes de proveedores profesionales de atención médica y son congruentes con principios y procesos clínicos bien establecidos.

Los criterios y pautas se evalúan por lo menos anualmente y se actualizan según sea necesario. HPSM puede proporcionarle las pautas o criterios utilizados para tomar una decisión con respecto a una solicitud de autorización previa específica. Por favor, recuerde que estos se relacionan con el tratamiento o servicio solicitado, los beneficios cubiertos por HealthWorx HMO y la necesidad individual. Las políticas generales y los procedimientos de HPSM para tomar decisiones sobre las solicitudes de autorización previa también están disponibles bajo solicitud.

Servicios que no necesitan autorización previa

Algunos servicios no requieren autorización previa o referencia médica de su proveedor de atención primaria (médico principal). Usted puede acudir directamente al proveedor de atención médica para los servicios enumerados a continuación. Algunos de estos servicios son limitados. Consulte la sección de beneficios para más información.

1. Servicios de emergencia y de atención de urgencia fuera del área.
2. Servicios de atención primaria y preventivos.
3. Visitas al consultorio para obtener servicios de trastornos de salud mental o por consumo de sustancias, lo que incluye consultas con psiquiatras, psicólogos y trabajadores sociales clínicos con licencia.
4. Planificación familiar/enfermedades de transmisión sexual y exámenes privados de VIH/SIDA.

Estos son servicios relacionados con la prevención, la atención o la planificación del embarazo. Esto incluye métodos anticonceptivos, servicios de anticoncepción de emergencia, pruebas de embarazo, atención prenatal, aborto inducido y procedimientos relacionados con el aborto. Esto también incluye la detección, prevención, pruebas, diagnóstico y atención de infecciones de transmisión sexual (STI), enfermedades de transmisión sexual (STD) y VIH/SIDA. Esto también incluye servicios sobre el diagnóstico y cuidado en casos de agresión sexual o violación, así como la recolección de pruebas médicas relacionadas con la agresión sexual o violación. Usted puede obtener estos servicios a través de su Proveedor de atención primaria (su médico principal), una agencia de planificación familiar participante, un gineco-obstetra o cualquier proveedor con capacidad para prestar estos servicios. Consulte las páginas 63 y 70 para obtener más información.



Los servicios de planificación familiar se proporcionan a miembros en edad reproductiva para ayudarle a decidir cuándo quiere tener hijos. También pueden ayudarle a evitar tenerlos hasta que usted desee hacerlo. Estos servicios incluyen todos los métodos anticonceptivos autorizados por la Administración federal de alimentos y medicamentos.

El personal de Servicios al miembro de HPSM puede ayudarle a encontrar una clínica de planificación familiar, o puede llamar al número gratuito del Servicio de Información y Referencias de la Oficina de Planificación Familiar de California al **1-800-942-1054**.

5. Servicios para la mujer:

Las miembros del sexo femenino tienen acceso directo e ilimitado a los servicios gineco-obstétricos (OB/GIN). Las miembros pueden elegir que su proveedor de atención primaria (médico principal) les proporcione dichos servicios, o pueden autorreferirse a cualquier obstetra/ginecólogo o proveedor de atención primaria dentro de la red de servicios de HPSM para obtener estos servicios.

6. La acupuntura y servicios quiroprácticos se proporcionan como beneficios de auto referencia hasta por un máximo de veinte (20) consultas por cada año de beneficios.

7. Servicios de salud para personas de origen indígena:

8. Tratamiento de salud conductual para el Trastorno del espectro autista

Si usted es un indígena americano o nativo de Alaska y es miembro de HPSM, puede escoger cualquier proveedor de servicios de salud para personas de origen indígena disponible, de acuerdo con la ley federal. El proveedor no tiene que ser parte de la red de HPSM y HPSM hará los arreglos necesarios para coordinar los servicios para usted.

Programa de instrucción sobre criterios clínicos para trastornos de salud mental o por consumo de sustancias

Al llevar a cabo la revisión del uso de todos los servicios cubiertos relacionados con el diagnóstico, prevención y tratamiento de los trastornos de salud mental o por consumo de sustancias de los miembros, HPSM aplica los criterios y lineamientos establecidos en las versiones más recientes de los criterios de tratamiento desarrollados por la asociación profesional sin fines de lucro correspondiente a la especialidad clínica pertinente. Para garantizar el uso correcto de estos criterios, HPSM patrocina un programa de instrucción formal por parte de asociaciones sin fines de lucro de especialidades clínicas para impartir capacitación al personal de HPSM, incluido cualquier tercero contratado por HPSM para evaluar reclamos, llevar a cabo revisiones de uso o tomar determinaciones de necesidad médica sobre los criterios de evaluación clínica. Todos los criterios de determinación de revisión de la utilización y cualquier material del programa de instrucción se pondrán a disposición del miembro, su representante autorizado y sus proveedores, previa solicitud y sin costo alguno.

Derechos adicionales en materia de salud mental y trastornos por consumo de sustancias

Usted tiene derecho a recibir servicios de salud mental y trastornos por consumo de sustancias (MH/SUD) oportunos y accesibles geográficamente cuando los necesite. Si HPSM no logra coordinar esos servicios para usted con un proveedor adecuado que forme parte de la red del plan de salud, el plan de salud deberá cubrir y coordinar los servicios necesarios para usted con un proveedor fuera de la red. Si eso ocurre, usted no tendrá que pagar nada más que su costo compartido habitual dentro de la red.

Si no necesita los servicios con urgencia, su plan de salud deberá ofrecerle una cita en un



Si tiene alguna pregunta, llame a Servicios al miembro al **1-800-750-4776** o al **650-616-2133** (TTY: **1-800-855-3000** o marque **7-1-1**) de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 6:00 p.m. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.hpsm.org/healthworx.

plazo máximo de 10 días hábiles a partir de la fecha en que solicitó los servicios al plan de salud. Si necesita los servicios con urgencia, su plan de salud debe ofrecerle una cita en un plazo de 48 horas a partir de su solicitud (si el plan de salud no requiere autorización previa para la cita) o en un plazo de 96 horas (si el plan de salud sí requiere autorización previa).

Si su plan de salud no hace los arreglos necesarios para que usted reciba los servicios dentro de estos plazos y dentro de las normas de acceso geográfico, usted puede hacer los arreglos necesarios para recibir los servicios de cualquier proveedor autorizado, incluso si el proveedor no pertenece a la red de su plan de salud. Para que su plan de salud cubra los servicios, su primera cita con el proveedor debe ser dentro de los 90 días calendario siguientes a la fecha en que solicitó por primera vez al plan los servicios de salud mental y trastornos por consumo de sustancias (MH/SUD).

Si tiene preguntas sobre cómo obtener servicios de MH/SUD o tiene dificultades para obtenerlos, usted puede: 1) llamar a su plan de salud al número de teléfono que aparece en el reverso de su tarjeta de identificación del plan de salud; 2) llamar al Centro de Ayuda del Departamento de Atención Médica Administrada de California al 1-888-466-2219; o 3) ponerse en contacto con el Departamento de Atención Médica Administrada de California a través de su sitio web en www.healthhelp.ca.gov para solicitar ayuda a fin de obtener servicios de MH/SUD.

Servicios dentales y de la vista sólo para trabajadores de IHSS

Los servicios dentales y de la vista están cubiertos a través de Services Employees International Union (SEIU), Local 521 para aquellos trabajadores de IHSS que cumplen con los requisitos de elegibilidad. Para obtener más información sobre los beneficios dentales y de la vista, los miembros deben llamar a SEIU al **1-800-842-6635**. Si llama a SEIU, identifíquese como trabajador de IHSS del Condado de San Mateo.

Los servicios dentales y de la vista no son un beneficio cubierto para los empleados de la Ciudad de San Mateo.

Atención de urgencia o atención después del horario normal o en fines de semana

Los servicios de atención de urgencia son servicios necesarios para prevenir un deterioro grave de su salud como resultado de una enfermedad imprevista, una lesión, dolor prolongado o la complicación de una condición existente, incluyendo el embarazo, para el cual no puede retrasarse el tratamiento. HPSM cubre servicios de atención de urgencia en cualquier momento en que usted esté fuera de su área de servicio o durante las noches o fines de semana dentro de su área de servicio. Para estar cubierto, debe necesitar el servicio de atención de urgencia debido a que una enfermedad o lesión podría agravarse si se espera a ser atendido en una cita regular con el médico. Durante su primera visita hable con su médico de atención primaria acerca de lo que él o ella desea que haga cuando el consultorio esté cerrado y usted sienta que pueda ser necesaria la atención de urgencia.

Para obtener atención de urgencia cuando esté dentro del área de servicio de HPSM durante las noches y fines de semana, llame al consultorio de su médico de atención primaria aún durante las horas en que el consultorio de su PCP normalmente se encuentra cerrado.

Su PCP o un médico de turno siempre estarán disponibles para indicarle cómo manejar el problema en su casa o si debe ir a un centro de Atención de Urgencia o a la sala de emergencia de un hospital.



Los problemas que puedan ser urgentes, pero no ser condiciones médicas de emergencia, son problemas que usualmente pueden esperar a recibir tratamiento sin empeorarse, tales como:

- Dolor de oído
- Tos o resfriado leve
- Cortadura o rasguño pequeño
- Fiebre o erupción cutánea leve
- Diarrea leve
- Esguince o torcedura
- Vómitos (una o dos veces)
- Resurtido de medicamento

Para obtener atención de urgencia cuando se encuentre fuera del área de servicio de HPSM trate de comunicarse con su PCP. Si no puede localizar a su PCP acuda al centro médico más cercano. Muestre siempre su Tarjeta de identificación de HPSM cuando solicite atención médica.

Servicios de atención médica de emergencia

Una emergencia es una condición médica o psiquiátrica, entre las que se incluyen el trabajo de parto activo o dolor severo, que se manifiesta por medio de síntomas agudos de una severidad tal que la ausencia de atención médica inmediata podría ocasionar cualquiera de las siguientes situaciones:

- Poner en grave peligro la salud del miembro, o
- Causar una discapacidad grave a las funciones corporales del miembro, o
- Causar una disfunción grave en cualquiera de las partes u órganos del cuerpo del miembro.

Los ejemplos incluyen:

- Huesos fracturados
- Dolor en el pecho
- Quemaduras graves
- Desvanecimientos
- Sobredosis de drogas
- Parálisis
- Cortes graves que no dejan de sangrar
- Condiciones médicas que provocan emergencias psiquiátricas

Si tiene una condición médica de emergencia, llame al **9-1-1** o diríjase a la sala de emergencias más cercana.

Los servicios y atención de emergencia se cubren dentro y fuera del área de servicio de HPSM, así como dentro y fuera de las instalaciones participantes de HPSM. Cuando tenga una condición médica de emergencia, llame al **9-1-1** o diríjase a la sala de emergencias más cercana para recibir ayuda. Si usted tiene una condición médica de emergencia, no está obligado a ir al hospital donde trabaja su PCP.



Si tiene alguna pregunta, llame a Servicios al miembro al **1-800-750-4776** o al **650-616-2133** (TTY: **1-800-855-3000** o marque **7-1-1**) de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 6:00 p.m. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.hpsm.org/healthworx.

Atención de seguimiento

Después de recibir los servicios de atención médica de emergencia necesarios para estabilizar su condición médica de emergencia, asegúrese de darle seguimiento con su médico de atención primaria.

Cómo obtener beneficios de farmacia

Recetas médicas

Uno de sus beneficios como miembro de HPSM es recibir medicamentos con receta médica que usted necesita como parte de su atención médica. Usted puede ir a cualquiera de las farmacias de la Lista de proveedores de HPSM para obtener sus medicamentos con receta. Cuando le surtan una receta, muestre su tarjeta de identificación de HPSM al farmacéutico. Su receta puede ser emitida por su PCP, su especialista u otro médico o dentista.

Resurtido de medicamentos

Si toma medicamentos regularmente, nunca espere a que sus medicamentos se terminen para resurtirlos. Algunos medicamentos pueden requerir una nueva receta de su médico antes de que puedan ser resurtidos. No vaya a la sala de emergencias para resurtir sus medicamentos.

Medicamentos de venta libre/que no requieren receta médica

La mayoría de los medicamentos que no requieren receta están excluidos de HealthWorx, pero HPSM puede cubrir algunos (como la aspirina de 81 mg, los productos para dejar de fumar, o los anticonceptivos que son de cobertura obligatoria según lo establecido por la ACA).

La Lista de medicamentos aprobados de Health Plan of San Mateo

HPSM tiene una lista de medicamentos que están cubiertos por su beneficio de farmacia. Se llama Lista de medicamentos aprobados (lista de medicamentos cubiertos). Los medicamentos son agregados a esta lista por el Comité de Farmacia y Terapéutica de HPSM (P&T, por sus siglas en inglés). Este comité cuenta con farmacéuticos y médicos que deciden cuáles son los medicamentos que se incluyen en la lista de medicamentos aprobados. Si desea saber qué medicamentos se encuentran en la lista de medicamentos aprobados, visite nuestro sitio web en www.hpsm.org o llame a un representante de Servicios al miembro al **1-800-750-4776** o al **650-616-2133** para obtener un ejemplar.

La lista de medicamentos aprobados de HPSM enumera todos los medicamentos cubiertos ya sea por nombre genérico o por nombre de marca (si existe alguno). Tenga presente que el hecho de que un medicamento aparezca en la lista de medicamentos aprobados de HPSM no garantiza que se lo vaya a recetar su PCP o un especialista.

Medicamentos genéricos equivalentes

El beneficio de farmacia de HPSM cubre medicamentos genéricos cuando están disponibles en lugar de los medicamentos de marca. Los medicamentos genéricos funcionan de la misma manera que los medicamentos de marca. La Administración Federal de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés) aprueba los medicamentos genéricos de la misma forma que los medicamentos de marca. La lista de medicamentos aprobados de HPSM enumera medicamentos genéricos disponibles que están cubiertos por HPSM.

Medicamentos de marca solicitados por el miembro

Los medicamentos de marca que tienen una versión genérica disponible no suelen estar cubiertos a menos que exista una razón médica para utilizarlos o si el medicamento tiene un índice terapéutico estrecho (un medicamento en el que pequeños cambios en el nivel de dosificación podrían causar resultados tóxicos). Para lograr que se cubra un medicamento de



marca que tiene una versión genérica disponible, su médico tendrá que presentar una solicitud de autorización previa (PA, por sus siglas en inglés) a HPSM para que lo apruebe. En el caso de los medicamentos de marca sin equivalente genérico, HPSM suele cubrirlos si figuran en la Lista de medicamentos aprobados de HealthWorx. Si el medicamento no figura en la lista de medicamentos aprobados, su médico tendrá que considerar cambiar a un medicamento que sí figure en la lista o presentar una solicitud PA a HPSM para que se apruebe el medicamento no incluido en la lista (véase la sección sobre "Medicamentos que no aparecen en la lista de medicamentos aprobados").

Un índice terapéutico reducido significa que una variación muy pequeña en el nivel de la dosis del medicamento podría causar resultados tóxicos. Para recibir una lista de los medicamentos que son llamados medicamentos de "índice terapéutico reducido", puede comunicarse con el HPSM al **1-800-750-4776** o al **650-616-2133** y hablar con un representante de Servicios al miembro. Los miembros con deficiencias auditivas o del habla pueden llamar al TTY: **1-800-855-3000**, o marcar **7-1-1** (Servicio de retransmisión de mensajes de California, CRS, por sus siglas en inglés).

Medicamentos que no aparecen en la lista de medicamentos aprobados

Los médicos y farmacias participantes de HPSM son responsables de usar la lista de medicamentos aprobados. Si le recetan un medicamento que no está en la lista de medicamentos aprobados, su médico debe considerar la posibilidad de cambiarlo por uno que sí esté en la lista. Si la sustitución de un medicamento de la lista de medicamentos aprobados no es apropiada según lo que determine el médico, este deberá presentar un formulario de solicitud PA por fax a HPSM para el medicamento que no aparece en la lista de medicamentos aprobados con una justificación médica para que el medicamento sea cubierto. Si se autoriza la PA con base en criterios desarrollados por el personal de farmacéuticos y el director médico de HPSM, entonces se aprobará el medicamento que no figura en la lista de medicamentos aprobados.

El tiempo promedio para procesar una solicitud de autorización previa (PA) para un medicamento que no figura en la Lista de medicamentos aprobados suele ser dentro de las 24 horas. Se podría necesitar más tiempo para procesar la solicitud si la PA está incompleta o se requiere más información. Si tiene alguna pregunta sobre una solicitud para un medicamento que no figura en la lista de medicamentos aprobados, por favor hable con su médico.

Disponibilidad de medicamentos para uso diferente al indicado en la etiqueta (Off-Label Usage)

Todos los medicamentos cubiertos por su beneficio de farmacia de HPSM deben ser aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA). La FDA decide cómo se puede usar el medicamento. La compañía fabricante de medicamentos debe comprobar ante la FDA que el medicamento es seguro y efectivo para tratar condiciones específicas, y las condiciones deben estar claramente anotadas en la etiqueta del medicamento.

Sin embargo, puede ser necesario que usted use un medicamento para una condición que no se indica en la etiqueta del mismo. A esto se le llama uso diferente al indicado en la etiqueta. HPSM permite a los médicos recetar medicamentos para uso diferente al indicado en la etiqueta si hay suficiente información que respalde su uso para la condición para la cual se prescribe. Algunas veces el medicamento prescrito para uso diferente al indicado en la etiqueta requiere de una solicitud PA para obtener reembolso.

Medicamentos de la Lista de medicamentos aprobados con restricciones de autorización previa, terapia de pasos, límites de cantidad u otras restricciones

Algunos medicamentos de nuestra lista de medicamentos aprobados tienen ciertas restricciones, como requisitos de autorización previa (PA), terapia de pasos (ST) y límites de cantidad (QI).



Si tiene alguna pregunta, llame a Servicios al miembro al **1-800-750-4776** o al **650-616-2133** (TTY: **1-800-855-3000** o marque **7-1-1**) de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 6:00 p.m. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.hpsm.org/healthworx.

En el caso de los medicamentos que requieren una autorización previa, su médico tendrá que presentar una solicitud de PA a HPSM para su aprobación. En el caso de los medicamentos que requieren terapia de pasos o límite de cantidad y usted no cumple con estos requisitos, su médico también tendrá que presentar una solicitud PA a HPSM para su autorización.

Si tiene alguna pregunta acerca del tratamiento con un medicamento para uso diferente al indicado en la etiqueta, comuníquese con su médico.

Cómo presentar una solicitud de autorización previa.

Según se describe arriba, existen varios casos en los que se requiere un Formulario de autorización previa (PA) para medicamentos con receta para obtener el medicamento que usted quiere. Algunos ejemplos son:

- Obtener un medicamento de marca que tiene una versión genérica disponible
- Obtener un medicamento que no esté en la lista de medicamentos aprobados de HPSM
- Obtener un medicamento de uso diferente al indicado en la etiqueta
- Obtener un medicamento que esté en la lista de medicamentos aprobados y que requiera una autorización previa o si usted no cumple con los requisitos señalados en la lista

El personal de farmacia de HPSM procesa todas las solicitudes de autorización previa (PA). Su médico o su farmacéutico pueden enviar una solicitud de PA a HPSM por fax a Servicios de farmacia al **650-829-2045** durante las horas de oficina de HPSM, de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.

El tiempo promedio para procesar una solicitud PA relacionada con farmacia suele ser dentro de las 24 horas. Si la PA está incompleta o se requiere más información, será necesario más tiempo para procesar la solicitud. Si tiene alguna pregunta acerca de la PA, por favor hable con su médico.

Solicitudes de autorización previa (PA) realizadas por las noches, en fines de semana o días festivos

HPSM está disponible para evaluar solicitudes de PA de lunes a viernes durante horas hábiles normales, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. En situaciones de urgencia que surjan durante los fines de semana o días festivos, mientras se espera la decisión de la evaluación, se les podría proporcionar a los miembros un suministro de medicamentos para hasta tres días mientras la farmacia recibe la decisión del HPSM el próximo día hábil. El farmacéutico puede comunicarse con el centro de atención telefónica de farmacia llamando al administrador de beneficios de farmacia (PBM, por sus siglas en inglés) de HPSM, SS&C, al **1-888-635-8384** para solicitar una autorización por emergencia. Es posible que se autorice un surtido por única vez.

Cambios en los medicamentos de la lista de medicamentos aprobados

La lista de medicamentos aprobados puede cambiar con una frecuencia mensual. Estos cambios incluyen, entre otros, agregar o quitar medicamentos de la lista de medicamentos aprobados o cambiar otras restricciones, por ejemplo restricciones de límites de cantidad, de autorización previa o de requisitos para terapia de pasos. HPSM le notificará por correo si algún cambio le afecta a usted. También puede encontrar información sobre las actualizaciones más recientes en nuestro



sitio web, www.hpsm.org/drug-benefits, o llame a un representante de Servicios al miembro al **1-800-750-4776** o al **650-616-2133**

Solicitudes PA diferidas, modificadas o negadas para servicios médicos y de farmacia

Si su solicitud de algún medicamento es diferida, modificada o negada, se le enviará una carta de "Aviso de acción". La carta de Aviso de acción le explicará la razón por la que la solicitud fue diferida, modificada o negada y le proporcionará información acerca de cómo usted puede presentar una apelación ante HPSM relacionada con la decisión.



Si tiene alguna pregunta, llame a Servicios al miembro al **1-800-750-4776** o al **650-616-2133** (TTY: **1-800-855-3000** o marque **7-1-1**) de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 6:00 p.m. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.hpsm.org/healthworx.

Sección 5: Responsabilidad financiera de los miembros

Copagos

Tal como se describe en el Resumen de beneficios en la Sección 6, algunas visitas y servicios requieren que los miembros desembolsen copagos. Exceptuando el copago por ciertos servicios, los miembros no son responsables financieramente por los servicios que son beneficios que se otorgan de acuerdo con el reglamento de HPSM que se describe en esta Evidencia de cobertura. No se aplicarán deducibles a los miembros por los beneficios de salud.

Otras responsabilidades de pago de los miembros

Normalmente, los miembros son responsables únicamente de los copagos de los servicios cubiertos. Sin embargo, también pueden ser responsables de:

- Los servicios que necesitan de una referencia médica o autorización, si los recibe sin la referencia de su médico de atención primaria o sin la autorización de HPSM
- Los servicios que reciba que no forman parte de los servicios cubiertos
- Los servicios que no son de emergencia que se reciben en una sala de emergencias, excluyendo aquellos servicios otorgados para determinar si existía una condición de emergencia cuando el miembro considere razonablemente que los servicios y atención de emergencia eran requeridos al momento de acudir a la sala de emergencias
- Los servicios que no son de emergencia que se recibieron fuera del condado de San Mateo sin autorización previa de su médico de atención primaria
- A menos que sea autorizado, los servicios recibidos en exceso de los límites especificados en esta Evidencia de cobertura o requeridos por la Ley Knox-Keene Act
- Los servicios que reciba de un proveedor fuera de la red.

Los miembros deben leer todas las descripciones de los Servicios y beneficios cubiertos enumerados en esta Evidencia de cobertura y en cualquier inserto o anexo, para obtener los detalles completos de su cobertura como miembro de HPSM.

En el caso que HPSM no le pague a un Proveedor participante por los Servicios cubiertos, el miembro no será responsable de tener que pagar al proveedor cualquier cantidad que adeude HPSM. Sin embargo, si HPSM no paga los Servicios cubiertos a un Proveedor no participante, el miembro puede ser responsable por el pago del costo de tales servicios al Proveedor no participante. Un miembro también puede ser responsable por el pago de Servicios no cubiertos, ya sea que los reciba de un Proveedor participante o no participante.

Por ejemplo, si necesita servicios que los proveedores de HPSM no tienen disponibles, debe hablar primero con su PCP o proveedor de salud mental. El PCP o proveedor de salud mental obtendrá la autorización para referirle a un Proveedor no participante. Si no va con su PCP o proveedor de salud mental para obtener la autorización necesaria, o si no cumple con los procedimientos de referencia médica de HPSM, usted no podrá tener cobertura para dichos servicios y tal vez deba pagar el costo total. Sin embargo, si necesita atención de emergencia podrá recibir los servicios de un Proveedor no participante sin una Referencia o Autorización. Consulte la sección de Servicios y atención de emergencia en la página 66 de esta Evidencia de cobertura. También consulte la sección de Política de segundas opiniones en la página 45, para obtener información específica con relación a la Referencia de segunda opinión.



Reembolso de reclamos

Para asegurarse de que su médico sepa cómo facturar los servicios que le brinde, por favor indíquele al personal del consultorio de su médico que USTED es miembro de HPSM y muestre su tarjeta de identificación de HPSM. Si le piden que pague los servicios, solicite al médico llamar a HPSM para que podamos explicarles cómo debe facturarnos. Sin embargo, si un proveedor que forma parte de la red de servicios de HPSM le factura algún servicio, usted podrá enviar la factura a HPSM. Debe presentar una copia de la factura con su nombre, número de identificación (que aparece en su tarjeta de identificación de miembro), su número telefónico y la fecha y motivo de la factura. Si usted pagó la factura, necesitará presentar un comprobante de pago que sea aceptable para HPSM (tal como un recibo que indique el pago y la descripción de los servicios recibidos). Envíe la factura a:

Member Services Department
Health Plan of San Mateo
801 Gateway Blvd., Suite 100
South San Francisco, CA 94080
Email: customersupport@hpsm.org
Fax: 650-616-8581

Deberá enviar por correo su solicitud de reembolso por escrito a HPSM dentro de los siguientes 90 días (3 meses) de la fecha en que recibió los servicios o tan pronto como le sea razonablemente posible, pero por ningún motivo después de 12 meses de recibir la atención.



Si tiene alguna pregunta, llame a Servicios al miembro al **1-800-750-4776** o al **650-616-2133** (TTY: **1-800-855-3000** o marque **7-1-1**) de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 6:00 p.m. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.hpsm.org/healthworx.

Sección 6: Servicios cubiertos, beneficios y copagos

Introducción

Esta sección describe los servicios cubiertos y beneficios proporcionados a los miembros de HealthWorx HMO. Los servicios descritos en esta sección son Servicios cubiertos si son médicamente necesarios. La decisión sobre si los servicios son médicamente necesarios la tomará su médico de atención primaria o Health Plan of San Mateo. Esta decisión se basa en los estándares médicos generalmente aceptados, las leyes y los reglamentos estatales y las políticas de HPSM. Los servicios médicos de emergencia no requieren autorización previa.

Sin embargo, se podrá tomar una decisión en cuanto a la necesidad de servicios y atención de emergencia después de que estos servicios se hayan prestado. Si está en desacuerdo con una decisión acerca de una necesidad médica o considera que una situación en particular fue una emergencia médica, puede solicitar una revisión por parte de Health Plan of San Mateo a través del Procedimiento de reclamaciones descrito en la sección 8. Al principio de esta sección se incluye un resumen de los beneficios, copagos, y condiciones.

HPSM brinda los Servicios cubiertos y los beneficios que se describen en esta Evidencia de cobertura. La mayoría de los servicios cubiertos están disponibles para usted cuando son médicamente necesarios y se reciben, se refieren o se autorizan por parte de HPSM o su médico de atención primaria. Algunos están disponibles sin necesidad de referencia médica y algunos requieren un copago. No se aplican copagos por servicios preventivos ni por atención médica en la sala de emergencias y tratamiento médico de seguimiento para un miembro que haya sido tratado tras una violación o agresión sexual. No existe un máximo de beneficio anual o vitalicio en ninguna de las coberturas bajo el programa HealthWorx HMO.

Los miembros deben leer todas las descripciones de los servicios y beneficios cubiertos enumerados en esta Evidencia de cobertura y en cualquier documento anexo, para obtener los detalles completos de su cobertura como miembro de HPSM.

Resumen de beneficios, copagos y condiciones

Beneficios	Copagos	Condiciones
Servicios del médico		
Para los adultos: vacunas apropiadas de acuerdo con la edad y exámenes periódicos de salud	Sin copago	Como lo especifica HPSM y de acuerdo con los estándares de salud preventiva del Servicio de Salud Pública de EE.UU. y la Academia Americana de Pediatría.
Exámenes del oído y de la vista	Sin copago	
Visitas a la clínica del médico de atención primaria y de los especialistas, incluyendo exámenes y tratamiento de alergias y segundas opiniones	\$5.00 por visita, excepto cuando no se indica un copago	La mayoría de las visitas a especialistas requieren una referencia médica del PCP (consulte la página 45).
Atención prenatal	Sin copago	



Beneficios	Copagos	Condiciones
Cirugía para paciente ambulatorio, anestesia, terapia de radiación, quimioterapia, tratamientos de diálisis	Sin copago	
Consultas como pacientes internados en hospital, centro de enfermería especializada, centros de atención para pacientes terminales, o en centros para trastornos de salud mental o por consumo de sustancias	Sin copago	
Servicios de atención de urgencia	\$5.00 por visita	
Consultas a domicilio	\$5.00 por visita	
Cirugía reconstructiva	Sin copago	Según sea médicamente necesario

Hospital

Servicios a pacientes hospitalizados, incluyendo los servicios médicos, servicios de cirugía, anestesia, laboratorio, rayos X, medicamentos, materiales médicos, sangre y productos sanguíneos, terapia y servicios de rehabilitación (terapia física, terapia ocupacional, terapia del habla, terapia respiratoria)	Sin copago	Incluye los servicios a pacientes hospitalizados, enfermería relacionada con procedimientos dentales cuando se necesite hospitalización por una condición médica subyacente, estado clínico o por la gravedad del procedimiento dental.
Servicios para pacientes ambulatorios, excepto visitas a la sala de emergencias	Sin copago	

Servicios y atención de emergencia

Visitas a la sala de emergencias	\$25.00 por visita	\$25.00 por visita El copago está exento si el miembro es admitido en el hospital desde la sala de emergencias.
Atención de seguimiento	\$5.00 por visita	
Ambulancia	Sin copago	



Si tiene alguna pregunta, llame a Servicios al miembro al **1-800-750-4776** o al **650-616-2133** (TTY: **1-800-855-3000** o marque **7-1-1**) de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 6:00 p.m. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.hpsm.org/healthworx.

Beneficios	Copagos	Condiciones
Medicamentos con receta		
Los que se reciben cuando el paciente está hospitalizado, en el consultorio del médico o en un entorno ambulatorio al momento de una cita	Sin copago	
Todos los medicamentos, dispositivos y productos anticonceptivos aprobados por la FDA y disponibles sin receta médica, según las indicaciones de su proveedor, así como la anticoncepción de emergencia.	Sin copago	<p>HPSM proveerá cobertura sin costo compartido para el medicamento, dispositivo y producto anticonceptivo de marca original si no se dispone de un sustituto genérico terapéutico equivalente en el mercado.</p> <p>Del 1 de enero de 2024 en adelante, no se requerirá receta médica para activar la cobertura de medicamentos, dispositivos y productos anticonceptivos que no requieren receta médica aprobados por la Administración Federal de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés). La cobertura de medicamentos, dispositivos y productos anticonceptivos aprobados por la FDA que no requieren receta médica podrá obtenerse en farmacias de la red, sin costo compartido ni restricciones de administración médica.</p>
Ciertos medicamentos utilizados para la atención preventiva, incluidas las recetas de medicamentos utilizados para dejar de fumar, la mayoría de las vacunas, la aspirina de 81 mg para adultos de 50 a 59 años, las vitaminas prenatales que contienen ácido fólico de 0.4 a 0.8 mg para mujeres embarazadas, la preparación intestinal para la colonoscopia en adultos de 50 a 75 años, las estatinas para adultos de 40 a 75 años, los medicamentos para la profilaxis previa a la exposición de VIH y los medicamentos utilizados para la prevención del cáncer de mama.	Sin copago	Hasta un suministro de 90 días, a menos que se indique lo contrario en la Lista de medicamentos aprobados



Beneficios	Copagos	Condiciones
Todas las demás recetas	\$3.00 por medicamento genérico con receta médica (Nivel 1) \$10.00 por medicamento de marca con receta médica (Nivel 2)	Hasta un suministro de 90 días, a menos que se indique lo contrario en la Lista de medicamentos aprobados

Salud mental

Paciente hospitalizado	Sin copago	Atención de la salud mental cuando HPSM la autorice y sea proporcionada dentro de la red para el tratamiento de una condición de salud mental durante un confinamiento certificado. Los beneficios de salud mental se proporcionarán en la misma base que cualquier otra enfermedad, incluyendo el tratamiento de enfermedades mentales severas. Consulte la página 73 para obtener una explicación completa de los beneficios.
Paciente ambulatorio	\$5.00 por visita	Evaluación, intervención de crisis, servicios y tratamiento para condiciones cuando sean ordenados por HPSM y realizados dentro de la red. Consulte la página 74 para obtener una explicación completa de los beneficios. Algunos servicios pueden requerir autorización previa.
Servicios basados en centros para pacientes ambulatorios	Sin copago	Servicios autorizados por HPSM y realizados dentro de la red.
Tratamiento de salud conductual para el Trastorno del espectro autista	Sin copago	No se requiere autorización previa para este beneficio.

Abuso de alcohol/sustancias

Paciente hospitalizado	Sin copago	Hospitalización por alcoholismo o abuso de drogas según sea médicamente necesario.
------------------------	------------	--



Si tiene alguna pregunta, llame a Servicios al miembro al **1-800-750-4776** o al **650-616-2133** (TTY: **1-800-855-3000** o marque **7-1-1**) de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 6:00 p.m. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.hpsm.org/healthworx.

Beneficios	Copagos	Condiciones
Paciente ambulatorio	\$5.00 por visita	Evaluación, servicios y tratamiento para condiciones cuando se proporcionan dentro de la red. Algunos servicios pueden requerir autorización previa.
Servicios basados en centros para pacientes ambulatorios	Sin copago	Servicios médicamente necesarios y autorizados por HPSM.
Atención médica en el hogar		
Visitas y servicios de atención médica en el hogar por parte de enfermeras y asistentes de atención a domicilio	Sin copago	Atención médica en el hogar según sea médicamente necesaria.
Visitas y servicios de atención médica en el hogar para terapia física, ocupacional, del habla y respiratoria	\$5.00 por visita	
Servicios de atención para pacientes terminales		
Atención para pacientes terminales	Sin copago	Disponible para miembros con una enfermedad terminal y una esperanza de vida de 6 meses o menos según lo certifique un médico.
Terapias de rehabilitación		
Terapia física, ocupacional, del habla y respiratoria	Sin copago para terapia durante hospitalización	Según sea médicamente necesario.
	\$5.00 por visita de servicios a pacientes ambulatorios y servicios en el hogar.	
Equipo Médico Duradero (DME)	Sin copago	
Equipo ortopédico y protésico	Sin copago	

Beneficios	Copagos	Condiciones
Servicios de planificación familiar, enfermedades de transmisión sexual, exámenes confidenciales para VIH/SIDA	Sin copago	No se necesita referencia médica. En los servicios proporcionados a partir del 1 de enero de 2024, HPSM no impondrá ningún deducible, coseguro, copago u otro requisito de costo compartido en servicios y procedimientos de vasectomía
Atención en centro de atención especializada de enfermería	Sin copago	
Otros servicios		
Acupuntura	\$5.00 por visita	Hasta 20 visitas por año de beneficios. No se necesita referencia médica.
Quiropráctica	\$5.00 por visita	Hasta 20 visitas por año de beneficios. No se necesita referencia médica.
Trasplantes de órganos	Sin copago	
Anteojos y lentes para cataratas	Sin copago	Anteojos, lentes de contacto o lentes intraoculares que reemplazan el lente natural del ojo después de una cirugía. Un par de anteojos o lentes de contacto después de una cirugía de cataratas con inserción de un lente intraocular.
Aparatos auditivos	Sin copago	
Servicios de orientación sobre la salud	Sin copago	
Servicios de rayos X y laboratorio	Sin copago	
Sangre y productos sanguíneos	Sin copago	
Transporte médico no de emergencia	Sin copago	
Ensayos clínicos para el cáncer	Sin copago	
Podiatría	\$5.00 por visita	Hasta 24 visitas por año de beneficios. No se necesita referencia médica. Otros servicios de podología, incluyendo visitas adicionales al consultorio, requieren autorización previa en función de la necesidad médica.

Descripción detallada de beneficios, copagos y condiciones

Servicios de salud preventivos



Si tiene alguna pregunta, llame a Servicios al miembro al **1-800-750-4776** o al **650-616-2133** (TTY: **1-800-855-3000** o marque **7-1-1**) de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 6:00 p.m. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.hpsm.org/healthworx.

Descripción:

- Exámenes médicos periódicos, que incluyen todas las pruebas de diagnóstico y servicios de laboratorio de rutina apropiados para tales exámenes consistentes con las recomendaciones más actuales del Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos.
- La frecuencia de tales exámenes no será aumentada por razones que no estén relacionadas con las necesidades médicas del suscriptor, incluido el deseo del miembro de recibir exámenes físicos, informes, u otros servicios relacionados, con el propósito de obtener o mantener empleos, licencias o seguros.
- Servicios preventivos, incluidos los servicios para detectar enfermedades que no presentan síntomas, tales como los siguientes:
 1. exámenes médicos periódicos (incluyendo cuidado del recién nacido durante las primeras 48 o 60 horas de vida)
 2. varios servicios de planificación familiar voluntaria
 3. atención prenatal
 4. pruebas de visión y audición
 5. vacunas
 6. enfermedades de transmisión sexual incluyendo asesoría y exámenes confidenciales sobre VIH/SIDA y
 7. examen de detección de cáncer cervical anual, incluyendo el examen convencional de Papanicolaou y la opción de cualquier examen de detección de cáncer cervical aprobado por la Administración federal de alimentos y medicamentos (Federal Food and Drug Administration)
 8. exámenes médicos generalmente aceptados para la detección de cáncer, incluyendo exámenes de próstata, senos y colorrectal
 9. servicios eficaces de orientación sobre la salud, incluida información acerca del comportamiento en cuanto a la salud personal y la atención médica, así como atención médica y recomendaciones sobre el uso óptimo de los servicios de atención médica proporcionados por el Plan
 10. Las vacunas apropiadas de acuerdo con la edad, tal como lo recomienda el Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos

Costo para el miembro:

No hay copagos para los servicios preventivos

Servicios de médicos y profesionales**Descripción**

Consultas y servicios profesionales médicamente necesarios prestados por un médico u otro proveedor de atención médica con licencia actuando dentro del campo de aplicación de su licencia.

- Incluye:
- Cirujano, asistente del cirujano y anestesiólogo (paciente hospitalizado o paciente ambulatorio)
- Hospitalización y atención en centros de enfermería especializada
- Visitas profesionales en el consultorio incluyendo visitas para exámenes y tratamientos de alergias, terapia de radiación, quimioterapia, diálisis y cuidado de infecciones de transmisión sexual
- Visitas a domicilio cuando sea médicamente necesario
- Exámenes auditivos y de la vista incluyendo refracciones oculares para determinar la necesidad de lentes correctivos y exámenes de retina dilatada. Por favor tenga en cuenta que los anteojos



y los lentes de contacto son un beneficio únicamente después de la cirugía de cataratas

Costo para el miembro

Copago de \$5 por visita en consultorio o a domicilio

Sin copago por servicios profesionales hospitalarios para pacientes hospitalizados

Sin copago por cirugía, anestesia, radiación, quimioterapia o tratamiento de diálisis

Cuidado del embarazo y la maternidad

Descripción

Los servicios profesionales y de hospital médicamente necesarios, relacionados con la atención durante la maternidad, están cubiertos e incluyen:

- Cuidado prenatal y postnatal y complicaciones del embarazo
- Pruebas genéticas y de diagnóstico
- Asesoría de nutrición, orientación sobre la salud y necesidades de apoyo social
- Atención durante el trabajo de parto y el parto mismo, incluyendo servicios de obstetricia
- La atención hospitalaria para pacientes recién nacidos hospitalizados se brindará por hasta 48 horas después de un parto normal vaginal y hasta 96 horas después de un parto por cesárea, a menos que HPSM autorice una estadía prolongada. Los miembros no tienen que salir del hospital antes de 48 horas después de un parto vaginal o 96 horas después de una cesárea, a menos que el miembro y el médico lo decidan juntos. Si los miembros salen del hospital antes de 48 o 96 horas, el doctor puede recetar una visita de seguimiento dentro de las 48 horas siguientes de haberle dado de alta.

La visita de seguimiento debe incluir orientación para los padres, asistencia y capacitación en lactancia materna o con biberón y cualquier evaluación física necesaria para la madre o para el bebé. La madre y el médico deben decidir juntos si la visita de seguimiento será en la casa, en el hospital o en el consultorio del médico dependiendo de las necesidades de transporte de la familia y los riesgos ambientales y sociales

Costo para el miembro

Sin copago

Leche humana

Descripción

La leche humana pasteurizada de donantes obtenida a través de un banco de tejidos y que sea médicamente necesaria es un servicio cubierto.

Costo para el miembro

Sin copago

Servicios de diagnóstico, rayos X y laboratorio

Descripción

Servicios de laboratorio de diagnóstico, servicios radiológicos terapéuticos y de diagnóstico y otros servicios de diagnóstico que incluyen, pero no se limitan a los siguientes:

- Radiología general, tomografía computarizada (CT), resonancia magnética (MRI)
- Electrocardiografía, electroencefalografía y mamografía con fines de detección o



Si tiene alguna pregunta, llame a Servicios al miembro al **1-800-750-4776** o al **650-616-2133** (TTY: **1-800-855-3000** o marque **7-1-1**) de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 6:00 p.m. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.hpsm.org/healthworx.

- diagnóstico
- Otros servicios necesarios para evaluar, diagnosticar, tratar y dar seguimiento apropiadamente
- Pruebas de laboratorio adecuadas para el manejo de la diabetes, incluyendo como mínimo: colesterol, triglicéridos, microalbuminuria, HDL/LDL y hemoglobina A-1C (glucohemoglobina)
- Todos los exámenes médicamente aceptados de detección de cáncer bajo las órdenes de un médico y evaluación de uso
- Todas las tecnologías aprobadas por la Administración federal de alimentos y medicamentos, incluyendo densitometría ósea que se consideren médicamente apropiadas para diagnosticar, tratar o manejar la osteoporosis

Costo para el miembro

Sin copago

Servicios y atención de emergencia (incluye “servicios del 9-1-1”)

Descripción

Los servicios y atención de emergencia las veinticuatro horas están cubiertos para una condición médica que causa dolor agudo o una enfermedad o lesión grave, incluido el trabajo de parto activo, el cual una persona razonable (una persona cuidadosa o cautelosa que no tiene entrenamiento médico) considera razonablemente que sin la debida atención médica inmediata podría dar como resultado:

- Poner en grave peligro su salud o, en el caso de una mujer embarazada, la salud de la mujer o del niño nonato, o
- Causar una discapacidad grave a las funciones corporales del miembro, o
- Causar una disfunción grave en cualquiera de las partes u órganos del cuerpo del miembro.
- Los servicios y atención de emergencia incluyen detección, exámenes, evaluación y tratamiento psiquiátrico realizado por un médico u otro miembro del personal hasta el punto permitido por la ley aplicable y dentro del campo de aplicación de su licencia y privilegios.
- La cobertura abarca el área de servicio interna y externa de HPSM, así como dentro y fuera de las instalaciones participantes de HPSM.

Costo para el miembro

Copago de \$25 por visita

No hay copago si es admitido en el hospital

Servicios de transporte de emergencia (“9-1-1”) y transporte que no es de emergencia

Descripción

- El transporte de emergencia en ambulancia (“servicio 9-1-1”) que se da al miembro en respuesta a una solicitud de ayuda al sistema de emergencia “9-1-1” está cubierto para el primer hospital o centro de atención urgente que acepte al miembro para darle atención de emergencia, cuando el miembro considere razonablemente que había una emergencia, incluso si después se descubre que de hecho no se trataba de una emergencia.
- El transporte de emergencia está cubierto para una condición médica que cause dolor agudo, una enfermedad o lesión grave o una emergencia psiquiátrica la cual una persona razonable (una persona cuidadosa o cautelosa que no es miembro de HealthWorx) considera que es una condición de emergencia que requiere transporte en ambulancia, aun cuando después se determine que no se trataba de emergencia.



- Transporte no de emergencia para el traslado de un miembro de un hospital a otro hospital u otros centros, o de centros a casa cuando:
 - Medicamento necesario
 - Lo solicite un Proveedor participante
 - Cuento con autorización previa de HPSM
- Servicios proporcionados por un programa de paramedicina comunitaria, un programa de triaje hacia un destino alternativo o un programa de salud móvil integrada, que opere como proveedor participante o no participante.

Costo para el miembro

Sin copago

Autocontrol de la diabetes

Descripción

- Terapia de nutrición médica, orientación, capacitación para el autocontrol de la diabetes en pacientes ambulatorios, necesario para permitir que el miembro utilice correctamente el equipo, suministros y medicamentos cubiertos, así como terapia de nutrición médica, orientación y entrenamiento adicional de autocontrol de pacientes ambulatorios bajo la dirección o receta de esos servicios por un proveedor participante del miembro.

Costo para el miembro

Sin copago

Medicamentos con receta

Descripción

- Medicamentos que son médicamente necesarios cuando los receta un profesional autorizado dentro del campo de acción de su licencia. Incluye pero no se limita a:
 - Medicamentos inyectables y agujas o jeringas necesarias para la administración del medicamento inyectable cubierto
 - Insulina, glucagón, jeringas y agujas, y sistemas de suministro para la administración de insulina
 - Tiras reactivas para pruebas del nivel de glucosa en la sangre, tiras reactivas para prueba de cetona en la orina, lancetas y dispositivos de punción tipo lanceta en cantidades médicamente apropiadas para la supervisión y tratamiento de la diabetes insulínica dependiente, no insulínica dependiente y diabetes gestacional
 - Vitaminas prenatales y suplementos con fluoruro, incluidos en las vitaminas o independientes de las vitaminas, que requieren receta
 - Medicamentos médicamente necesarios administrados mientras el miembro es paciente o residente en una casa de reposo, residencia para personas mayores, hospital de convalecencia o centros similares, recetados por un médico del plan en relación con un servicio cubierto y obtenidos por medio de una farmacia designada del plan
 - Dispositivos desechables que son necesarios para la administración de medicamentos cubiertos, tales como espaciadores e inhaladores para la administración de medicamentos en aerosol con receta y jeringas para medicamentos con receta autoinyectables para pacientes ambulatorios que no se proporcionan en jeringas previamente llenas. El término "desechable" incluye dispositivos que pueden utilizarse más de una vez antes de ser desechados



Si tiene alguna pregunta, llame a Servicios al miembro al **1-800-750-4776** o al **650-616-2133** (TTY: **1-800-855-3000** o marque **7-1-1**) de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 6:00 p.m. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.hpsm.org/healthworx.

- Se cubren todos los medicamentos, dispositivos y productos anticonceptivos aprobados por la FDA, incluyendo todos los medicamentos, dispositivos y productos anticonceptivos aprobados por la FDA que se obtienen sin receta, según las indicaciones de su proveedor, incluso anticonceptivos de liberación prolongada implantados internamente

Para obtener información acerca de la cobertura de medicamentos con receta médica de HPSM, por favor consulte “Cómo obtener beneficios de farmacia” en la página 50 de este folleto.

Costo para el miembro

No hay copago para los medicamentos con receta proporcionados a pacientes hospitalizados, los medicamentos administrados en un consultorio médico o en un centro para pacientes ambulatorios, ni para todos los medicamentos, dispositivos y productos anticonceptivos aprobados por la FDA, incluyendo todos los medicamentos, dispositivos y productos anticonceptivos aprobados por la FDA que se obtienen sin receta, según las indicaciones de su proveedor.

Copago de \$10 por medicamento de marca con receta o Nivel 2 incluido en la lista de medicamentos aprobados.

Copago de \$3 por medicamento genérico con receta o Nivel 1 incluido en la lista de medicamentos aprobados.

Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios

Descripción

- Servicios diagnósticos, terapéuticos y quirúrgicos realizados en un centro para pacientes ambulatorios de un hospital, que incluyen:
 - Terapia física, ocupacional y del habla según sea médicamente necesario
 - Servicios de hospital que se pueden proporcionar razonablemente de manera ambulatoria
 - Suministros y servicios afines en relación con estos servicios que incluyen sala de operaciones, sala para tratamiento, servicios auxiliares y medicamentos suministrados por el hospital o por el centro para uso durante la estadía del miembro en las instalaciones
 - Servicios a pacientes ambulatorios en relación con procedimientos dentales cuando se necesita el uso del hospital o de centros para pacientes ambulatorios debido a una condición médica subyacente, estado clínico, o debido a la gravedad del procedimiento dental
 - HPSM coordinará dichos servicios con el plan dental del miembro, de haberlo

Costo para el miembro

- Sin copago, excepto por lo siguiente:
 - Copago de \$5 por visita de terapia física, ocupacional y del habla para pacientes ambulatorios

Servicios para pacientes hospitalizados

Descripción

- Servicios generales del hospital en una habitación de dos o más con muebles y equipo tradicionales, comidas (incluyendo dietas especiales según sea médicamente necesario) y atención general de enfermería. Incluye todos los servicios médicos auxiliares necesarios



tales como:

- Uso de la sala de operaciones e instalaciones relacionadas
- Unidad de cuidados intensivos y servicios
- Fármacos, medicamentos y productos biológicos
- Anestesia y oxígeno
- Servicios de diagnóstico de radiografías y laboratorio
- Enfermeras especiales de guardia según sea médicamente necesario
- Terapia física, ocupacional y del habla
- Terapia respiratoria
- Administración de sangre y productos sanguíneos
- Otros servicios de rehabilitación, diagnóstico y terapéuticos según sea médicamente necesario
- Planificación coordinada para dar de alta, que incluye la planificación de continuidad de la atención según sea médicamente necesario

Incluye los servicios a pacientes hospitalizados debido a procedimientos dentales cuando se necesita hospitalización por una condición médica subyacente, estado clínico, o por la gravedad del procedimiento dental. HPSM coordinará dichos servicios con el plan dental del miembro, de haberlo.

Costo para el miembro

Sin copago

Servicios de planificación familiar

Descripción

- Los servicios voluntarios de planificación familiar están cubiertos incluyendo los siguientes:
 - Asesoría y procedimientos quirúrgicos de esterilización según sean permitidos por la ley estatal y federal.
 - Medicamentos, dispositivos y productos anticonceptivos, incluidos todos los medicamentos, dispositivos y productos anticonceptivos aprobados por la FDA y recetados por su proveedor. Esto incluye la inserción o retiro de un dispositivo intrauterino (DIU) y de Norplant, diafragmas u otros métodos anticonceptivos aprobados por la FDA.
 - ▷ Usted debe contar con una receta médica de su proveedor para que HPSM cubra sus métodos y dispositivos anticonceptivos. Los métodos anticonceptivos de venta libre (adquiridos sin receta médica) no están cubiertos. Asimismo, los dispositivos previstos en el beneficio de medicamentos con receta, incluyendo inserción o retiro de un dispositivo intrauterino (DIU) y Norplant.
 - ▷ Usted puede obtener un suministro de 12 meses de anticonceptivos hormonales aprobados por la FDA en una sola ocasión de una farmacia de la red. Esto únicamente se aplica a los métodos anticonceptivos autoadministrados, como píldoras anticonceptivas, parches y anillos vaginales.
 - Visitas al consultorio para tratar el tema de planificación familiar
 - Laboratorio y rayos X
 - Prueba de embarazo
 - Tratamiento de problemas que sean el resultado del cuidado de la planificación familiar
 - Interrupciones de embarazos
 - Anticoncepción de emergencia cuando la proporciona un farmacéutico
 - Tratamiento para la infertilidad y servicios de fertilidad

Costo para el miembro



Si tiene alguna pregunta, llame a Servicios al miembro al **1-800-750-4776** o al **650-616-2133** (TTY: **1-800-855-3000** o marque **7-1-1**) de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 6:00 p.m. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.hpsm.org/healthworx.

Sin copago

HPSM proveerá cobertura sin costo compartido para el medicamento, dispositivo y producto anticonceptivo de marca original si no se dispone de un sustituto genérico terapéutico equivalente en el mercado.

Del 1 de enero de 2024 en adelante, no se requerirá receta médica para activar la cobertura de medicamentos, dispositivos y productos anticonceptivos que no requieren receta médica aprobados por la Administración Federal de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés). La cobertura de medicamentos, dispositivos y productos anticonceptivos aprobados por la FDA que no requieren receta médica podrá obtenerse en farmacias de la red, sin costo compartido ni restricciones de administración médica.

En los servicios proporcionados a partir del 1 de enero de 2024, HPSM no impondrá ningún deducible, coseguro, copago u otro requisito de costo compartido en servicios y procedimientos de vasectomía.

A partir del 1º de julio de 2025, HPSM cubrirá el diagnóstico y el tratamiento de la infertilidad y los servicios de fertilidad, incluyendo un máximo de tres extracciones completas de ovocitos con transferencias ilimitadas de embriones, de conformidad con las directrices de la Sociedad Estadounidense de Medicina Reproductiva (ASRM), utilizando la transferencia de un solo embrión cuando sea recomendable y médicamente apropiado.

Orientación sobre la salud

Descripción

- Servicios efectivos de orientación sobre la salud incluyendo clases para dejar de fumar, información acerca del cuidado y comportamiento de salud personal y recomendaciones acerca del uso óptimo de servicios de salud proporcionados por HPSM u organizaciones de cuidado afiliadas con el plan de salud.

Costo para el miembro

Sin costo

Equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME)

Descripción

- Equipo médico necesario para el uso en el hogar que:
 - Sirve principalmente para un propósito médico
 - Está destinado a uso repetido
 - Generalmente no es útil para una persona que no tenga alguna enfermedad o lesión
- HPSM puede determinar si compra o alquila equipo estándar. La reparación o reemplazo están cubiertos a menos que se necesiten por uso indebido o extravío. El equipo médico duradero cubierto incluye:
 - Oxígeno y equipo para oxígeno
 - Monitores de glucosa en la sangre y monitores de apnea
 - Nebulizadores, entubado y suministros relacionados, medidores de flujo pico y dispositivos espaciadores para inhaladores de dosis medidas
 - Bombas de insulina y suministros necesarios que estén relacionados



- Bolsas para ostomía y sondas urinarias y materiales

Costo para el miembro

Sin copago

Equipo ortopédico y protésico (Orthotics and Prosthetics)

Descripción

- El equipo ortopédico y protésico está cubierto de la siguiente manera:
 - Aparatos protésicos de reemplazo médicamente necesarios según las indicaciones de un profesional autorizado actuando dentro del campo de aplicación de su licencia
 - Aparatos ortopédicos de reemplazo médicamente necesarios cuando los receta un profesional autorizado actuando dentro del campo de aplicación de su licencia
 - Aparatos protésicos de inicio y subsiguientes y accesorios de instalación para restaurar un método de habla como consecuencia de una laringectomía
 - Calzado terapéutico para personas con diabetes
 - Aparato protésico o cirugía reconstructiva como consecuencia de una mastectomía
- Los artículos cubiertos deben ser dispositivos hechos a la medida, ortopédicos o protésicos estándar recetados por un médico, autorizados por HPSM y suministrados por un proveedor participante. Se proporcionan reparaciones salvo cuando la necesidad se deba a mal uso o pérdida. HPSM, a su elección, puede reemplazar o reparar el artículo.

Costo para el miembro

Sin copago

Servicios de salud mental para pacientes ambulatorios y basados en centros

Descripción

- Los servicios de salud mental para pacientes ambulatorios son autorizados, coordinados y proporcionados por HPSM.
 - La atención de la salud mental se proporcionará con la misma modalidad que cualquier otra enfermedad, incluido el tratamiento de una condición por trastorno de salud mental o por consumo de sustancias. Entre los beneficios médicamente necesarios se cuentan los siguientes:
 1. Servicios para pacientes ambulatorios
 2. Servicios de hospitalización parcial
 3. Medicamentos con receta
 4. Servicios intensivos para pacientes ambulatorios
 - Los miembros de la familia pueden involucrarse en el tratamiento en la medida en que el plan de salud lo determine necesario para la salud y recuperación del miembro.
 - Se ofrecen servicios de tratamiento de salud conductual (BHT) para el Trastorno del espectro autista.
 - No hay límites de visitas para ninguna condición de salud mental.
 - Si no se dispone de servicios para el tratamiento médicamente necesario de un trastorno de salud mental o por consumo de sustancias en la red de HPSM según los estándares de acceso geográfico y oportuno de la ley o los reglamentos de California, HPSM coordinará cobertura para garantizar la entrega de servicios fuera de la red médicamente necesarios así como cualquier servicio de seguimiento médicamente necesario que, en el mayor grado posible, cumplan con los estándares de acceso geográfico y oportuno mencionados.
 - Esto incluye proporcionar servicios para garantizar que haya opciones fuera de la red médicamente necesarias disponibles para usted dentro de los estándares de acceso geográfico y oportuno. Usted no pagará más que la cantidad de



Si tiene alguna pregunta, llame a Servicios al miembro al **1-800-750-4776** o al **650-616-2133** (TTY: **1-800-855-3000** o marque **7-1-1**) de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 6:00 p.m. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.hpsm.org/healthworx.

costo compartido dentro de la red.

Costo para el miembro

Copago de \$5 por visita de salud mental de pacientes ambulatorios

Sin copago para los servicios de hospitalización parcial

No hay copago para el Tratamiento de salud conductual para el Trastorno del espectro autista

Servicios de salud mental durante hospitalización

Descripción

- Atención de la salud mental para pacientes hospitalizados, incluido el tratamiento en residencias, cuando lo autorice HPSM y la proporcione un proveedor de salud mental participante para el tratamiento de una fase aguda de una condición de salud mental durante un confinamiento certificado en un hospital participante del San Mateo County Mental Health Plan.

Se necesita autorización previa para lo siguiente:

Servicios de salud mental

- Servicios hospitalarios parciales
- Servicios intensivos para pacientes ambulatorios

Para obtener información acerca de proveedores de salud mental y acceso a la atención, los miembros deben llamar al Centro de atención telefónica ACCESS para Servicios de Recuperación y Salud Conductual al teléfono 1-800-686-0101.

Costo para el miembro

Sin copago

Servicios a Pacientes Ambulatorios y Basados en Centros por Abuso de Alcohol y Drogas

Descripción

- Intervención en crisis y tratamiento de alcoholismo o abuso de drogas de manera ambulatoria según sea médicamente necesario
- Servicios intensivos para pacientes ambulatorios
- Servicios de hospitalización parcial
 - Si no se dispone de servicios para el tratamiento médicamente necesario de un trastorno de salud mental o por consumo de sustancias en la red de HPSM según los estándares de acceso geográfico y oportuno de la ley o los reglamentos de California, HPSM coordinará cobertura para garantizar la entrega de servicios fuera de la red médicamente necesarios así como cualquier servicio de seguimiento médicamente necesario que, en el mayor grado posible, cumplan con los estándares de acceso geográfico y oportuno mencionados.
 - Esto incluye proporcionar servicios para garantizar que haya opciones fuera de la red médicamente necesarias disponibles para usted dentro de los estándares de acceso geográfico y oportuno. Usted no pagará más que la cantidad de costo compartido dentro de la red.

Costo para el miembro

Copago de \$5 por visita

Sin copago para los servicios de hospitalización parcial



Servicios a pacientes internados en un hospital por abuso de alcohol y drogas

Descripción

- Servicios de tratamiento residencial
- Hospitalización por alcoholismo o abuso de drogas según sea médicamente necesario para eliminar sustancias tóxicas del sistema
 - Si no se dispone de servicios para el tratamiento médicamente necesario de un trastorno de salud mental o por consumo de sustancias en la red de HPSM según los estándares de acceso geográfico y oportuno de la ley o los reglamentos de California, HPSM coordinará cobertura para garantizar la entrega de servicios fuera de la red médicamente necesarios así como cualquier servicio de seguimiento médicamente necesario que, en el mayor grado posible, cumplan con los estándares de acceso geográfico y oportuno mencionados.
 - Esto incluye proporcionar servicios para garantizar que haya opciones fuera de la red médicamente necesarias disponibles para usted dentro de los estándares de acceso geográfico y oportuno. Usted no pagará más que la cantidad de costo compartido dentro de la red.

Se necesita autorización previa para lo siguiente:

Servicios por abuso de alcohol y sustancias

- Servicios hospitalarios parciales
- Servicios intensivos para pacientes ambulatorios

Para obtener información acerca de proveedores de salud mental y acceso a la atención, los miembros deben llamar al Centro de atención telefónica ACCESS para Servicios de Recuperación y Salud Conductual al teléfono 1-800-686-0101.

Costo para el miembro

Sin copago

Servicios de atención médica en el hogar

Descripción

- Aquellos servicios recetados o dirigidos por un proveedor participante u otra autoridad adecuada designada por HPSM
- Servicios de salud proporcionados en el hogar por personal de atención médica, por ejemplo, visitas de enfermeras registradas (RN, por sus siglas en inglés), enfermeras vocacionales (VN, por sus siglas en inglés) y asistentes de atención a domicilio
- Terapia física, terapia ocupacional, terapia del habla y terapia respiratoria médicamente necesarias cuando son recetadas por un proveedor participante con licencia actuando dentro del campo de aplicación de su licencia
- Los Servicios de atención médica en el hogar son únicamente aquellos servicios recetados o dirigidos por un proveedor participante u otra autoridad adecuada designada por HPSM
- Si un servicio de salud básico puede ser proporcionado en más de un lugar médicamente necesario, queda a discreción del proveedor participante u otra autoridad apropiada designada por HPSM escoger el lugar para proporcionar el cuidado. HPSM ejerce una administración prudente de casos médicos para asegurarse de que el cuidado médicamente necesario sea prestado en el lugar adecuado. La administración de casos médicos puede incluir la consideración de si un servicio o instalaciones en particular son eficaces en cuanto a costos cuando existen varias opciones entre servicios o instalaciones alternativos médicamente necesarios



Si tiene alguna pregunta, llame a Servicios al miembro al **1-800-750-4776** o al **650-616-2133** (TTY: **1-800-855-3000** o marque **7-1-1**) de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 6:00 p.m. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.hpsm.org/healthworx.

Costo para el miembro

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

Atención especializada de enfermería (Skilled Nursing Care)

Descripción

- Servicios recetados por un proveedor participante o enfermera especializada y proporcionados en un centro de enfermería especializada con licencia cuando sea médicamente necesario. Incluyen:
 - Enfermería especializada las 24 horas del día
 - Habitación y alimentos
 - Procedimientos de radiografías y laboratorio
 - Terapia respiratoria
 - Terapia física, ocupacional y del habla
 - Servicios sociales médicos
 - Fármacos y medicamentos recetados
 - Materiales médicos
 - Aparatos y equipo generalmente proporcionados por centros de enfermería especializada
 - Máximo de cien (100) días por año de beneficios

Costo para el miembro

Sin copago, incluidos los servicios de terapia física, ocupacional o del habla realizada a pacientes hospitalizados.

Terapia física, ocupacional y del habla

Descripción

- La terapia médicamente necesaria puede ser proporcionada por un proveedor participante en un consultorio médico u otras instalaciones apropiadas para pacientes ambulatorios, en un hospital, centro de enfermería especializada o en el hogar.

Costo para el miembro

Sin copago para terapia durante hospitalización

Copago de \$5 por visita cuando se proporciona a pacientes ambulatorios, inclusive en el hogar

Anteojos y lentes para cataratas

Descripción

- Anteojos y lentes para cataratas, lentes de contacto para cataratas o lentes intraoculares que reemplazan el lente natural del ojo después de una cirugía
- Un par de anteojos convencionales o lentes de contacto convencionales, de ser necesarios, después de una cirugía de cataratas con inserción de un lente intraocular

Costo para el miembro

Sin copago

Servicios y aparatos de corrección auditiva

Descripción

- Evaluación audiológica para medir el grado de pérdida de la audición



- Evaluación de ayuda auditiva para determinar la marca y modelo más apropiados del aparato auditivo
- Aparatos auditivos monoaurales y binaurales incluyendo molde(s) de orejas, aparatos auditivos, batería inicial, cables y demás equipo auxiliar
- Visitas para colocación, asesoría, ajustes, reparaciones, etc., sin costo alguno por un periodo de un año después de la entrega de un aparato de corrección auditiva cubierto

Costo para el miembro

Sin copago

Acupuntura

Descripción

- Los servicios de acupuntura se proporcionan como un beneficio de autorreferencia a los proveedores participantes
- Límite de un máximo de 20 visitas por año de beneficios

Costo para el miembro

Copago de \$5 por visita

Quiropráctica

Descripción

- Los servicios quiroprácticos se proporcionan como un beneficio de autorreferencia a los Proveedores participantes
- Límite de un máximo de 20 visitas por año de beneficios

Costo para el miembro

Copago de \$5 por visita

Podiatría

Descripción:

- Se proporcionan 24 visitas al consultorio de podiatría por año de beneficios como beneficio de autorreferencia y no requieren referencia médica del PCP, otro médico o profesional médico.
- Otros servicios de podiatría, incluyendo visitas al consultorio adicionales a las 24 visitas de autorreferencia, requieren autorización previa en función de la necesidad médica.

Costo para el miembro

Copago de \$5 por visita.

Servicios de atención para pacientes terminales

Descripción

- Atención para pacientes terminales significa cuidado y servicios proporcionados en el hogar por un proveedor certificado o con licencia que están:
 - (a) diseñados para dar cuidado paliativo y de apoyo a individuos que han sido diagnosticados con una enfermedad terminal, (b) dirigidos y coordinados por profesionales médicos y (c) cuentan con autorización previa de HPSM. El beneficio de atención para pacientes terminales incluye:
 - Desarrollo y mantenimiento de un plan de cuidado apropiado



Si tiene alguna pregunta, llame a Servicios al miembro al **1-800-750-4776** o al **650-616-2133** (TTY: **1-800-855-3000** o marque **7-1-1**) de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 6:00 p.m. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.hpsm.org/healthworx.

- Servicios de enfermería especializada
- Servicios certificados de asistentes de atención a domicilio
- Servicios de tareas domésticas
- Servicios por luto
- Servicios sociales/servicios de asesoramiento
- Asesoramiento de dietas
- Servicios del médico
- Servicios voluntarios proporcionados por voluntarios capacitados en la atención para pacientes terminales
- Atención como paciente hospitalizado a corto plazo
- Terapia física, terapia ocupacional y terapia del habla para el control de síntomas o para el mantenimiento de las actividades de la vida diaria
- Productos farmacéuticos, suministros y equipo médico hasta un punto razonable y necesario para la paliación y manejo de una enfermedad terminal

La atención para pacientes terminales está limitada a aquellos individuos diagnosticados con una enfermedad terminal, con una esperanza de vida de un año o menos, certificados por un médico, y que eligen la atención para pacientes terminales para dicha enfermedad en lugar de los servicios tradicionales cubiertos por el plan de salud. La elección de atención para pacientes terminales puede ser revocada en cualquier momento. Los servicios de atención para pacientes terminales incluyen el suministro de tratamiento médico paliativo del dolor y otros síntomas asociados con una enfermedad terminal, pero no se proporcionan con el fin de curar la enfermedad.

Ensayos clínicos para el cáncer

Descripción

- Cobertura para la participación de un miembro en un ensayo clínico de cáncer, fases I a IV, cuando el médico del miembro ha recomendado la participación en el ensayo y
- El miembro cumple con los siguientes requisitos:
 - El miembro debe haber sido diagnosticado con cáncer
 - El miembro debe ser aceptado en un ensayo clínico de cáncer de la fase I, fase II, fase III o fase IV
 - El médico tratante del miembro, quien proporciona servicios cubiertos, debe recomendar la participación en el ensayo clínico después de determinar que la participación tendrá un potencial significativo para el miembro y
- El ensayo debe cumplir con los siguientes requisitos:
 - Los ensayos tienen un propósito terapéutico con documentación proporcionada por el médico tratante
 - El tratamiento proporcionado debe estar aprobado por uno de los siguientes:
 1. los Institutos Nacionales de Salud, la Administración Federal de Alimentos y Medicamentos (FDA), la Administración de Veteranos de los EE. UU., o
 2. incluir un medicamento que esté exento de solicitud como nuevo medicamento según las normas federales
- Cargos al miembro por costos de atención de rutina a pacientes. Estos costos asociados con el suministro de servicios de atención médica, incluidos medicamentos, artículos, dispositivos y servicios que de otra manera estarían cubiertos si no fueran proporcionados en relación con un programa de ensayo clínico aprobado. Los costos rutinarios de pacientes para ensayos clínicos de cáncer incluyen:
 - Servicios de atención médica requeridos para el suministro del medicamento, artículo,



- dispositivo o servicio en investigación
- Servicios de atención médica requeridos para el control clínicamente apropiado del medicamento, artículo, aparato o servicio en investigación
- Servicio de atención médica proporcionado para la prevención de complicaciones que surgen del suministro del medicamento, artículo, aparato o servicio en investigación
- Servicios de atención médica necesarios para la atención razonable y necesaria que surja del suministro del medicamento, artículo, dispositivo o servicio de investigación, incluyendo el diagnóstico y tratamiento de complicaciones
- El miembro puede solicitar una Evaluación médica independiente (IMR, por sus siglas en inglés) de las decisiones referentes a la cobertura de HPSM.
La información para solicitar una IMR se encuentra en la página 87.

Costo para el miembro

Sin copago

Trasplantes de órganos

Descripción

- Cobertura para el trasplante de órganos médicamente necesario y trasplantes de médula ósea recetados por un proveedor participante de acuerdo con los estándares de práctica nacionalmente reconocidos
Gastos razonables de hospital y médicos de un donante o individuo identificado como donante prospecto si estos gastos están directamente relacionados con el trasplante para un miembro
- Cargos por pruebas a familiares para trasplantes de médula ósea compatibles
- Cargos asociados con la búsqueda y prueba de donantes de médula ósea que no sean familiares a través de un registro reconocido de donantes y cargos asociados con la obtención de órganos de donantes a través de un banco reconocido de trasplantes de donantes, si los gastos están directamente relacionados con el trasplante previsto para un miembro
- El miembro puede solicitar una Evaluación médica independiente (IMR, por sus siglas en inglés) de las decisiones referentes a la cobertura de HPSM.
 - La información para solicitar una IMR se encuentra en la página 87.

Sangre y productos sanguíneos

Descripción

- Procesamiento, almacenamiento y aplicación de sangre y productos sanguíneos a pacientes ambulatorios
- Incluye la recolección de sangre autóloga cuando sea médicamente necesario

Costo para el miembro

Sin copago

Mastectomías y cirugías para disección de nódulos linfáticos

Descripción

- La duración de una estadía en el hospital asociada con mastectomías y disecciones de nódulos linfáticos la determina el médico y cirujano tratantes en consulta con el miembro. La cobertura incluye todas las complicaciones de una mastectomía incluyendo linfedema.

Costo para el miembro

Sin copago

Atención y tratamiento tras una violación o agresión sexual



Si tiene alguna pregunta, llame a Servicios al miembro al **1-800-750-4776** o al **650-616-2133** (TTY: **1-800-855-3000** o marque **7-1-1**) de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 6:00 p.m. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.hpsm.org/healthworx.

Descripción

- Cobertura para la atención médica en la sala de emergencias y el tratamiento médico de seguimiento tras una violación o agresión sexual, tal y como se define en las secciones 261, 261.6, 263, 263.1, 286, 287 y 288.7 del Código Penal.
- El tratamiento médico de seguimiento incluye servicios médicos o quirúrgicos para el diagnóstico, la prevención o el tratamiento de condiciones médicas derivadas de una violación o agresión sexual.
- HPSM no exige ninguno de los siguientes requisitos como condición para la cobertura: (1) que un miembro presente una denuncia policial por violación o agresión sexual; (2) que se presenten cargos contra el agresor; o (3) que el agresor sea condenado por violación o agresión sexual.
- Si los servicios para el tratamiento médico de seguimiento médicamente necesario tras una violación o agresión sexual no están disponibles en la red de HPSM, HPSM se encargará de coordinar la prestación del tratamiento médico de seguimiento por parte de proveedores fuera de la red para garantizar el acceso oportuno a estos servicios cubiertos.
- HPSM no impone deducibles, coseguros, copagos ni ningún otro requisito de costo compartido por la atención médica en la sala de emergencias y el tratamiento médico de seguimiento tras una violación o agresión sexual.

Costo para el miembro

Sin copago

Sección 7: Exclusiones y limitaciones sobre los beneficios

El Plan no cubre los servicios o suministros que se enumeran a continuación, los cuales están excluidos de la cobertura o exceden las limitaciones descritas en esta Evidencia de Cobertura (EOC).

Estas exclusiones y limitaciones no se aplican a los servicios de atención médica básica médicamente necesarios que deben estar cubiertos de conformidad con la legislación de California o las leyes federales, incluidos, entre otros, el tratamiento médicamente necesario de un trastorno de salud mental o por consumo de sustancias, así como los servicios preventivos que deben estar cubiertos de conformidad con la legislación de California o las leyes federales.

Estas exclusiones y limitaciones no se aplican cuando están cubiertas por HealthWorx HMO o cuando lo exige la ley.

1. Ensayos clínicos

- Este plan no cubre ensayos clínicos, excepto los ensayos clínicos aprobados que se describen en la SECCIÓN 6 de esta EOC o según lo exija la ley. La cobertura de los ensayos clínicos aprobados no incluye lo siguiente:
 - El medicamento, artículo o servicio en investigación en sí mismo.
 - Medicamentos, artículos, dispositivos y servicios proporcionados únicamente para satisfacer las necesidades de recolección de datos y análisis, y que no se utilizan en el manejo clínico del miembro.
 - Medicamentos, artículos, dispositivos y servicios específicamente excluidos de la cobertura en esta EOC, excepto los medicamentos, artículos, dispositivos y servicios que deben estar cubiertos de conformidad con las leyes estatales y federales.



- Medicamentos, artículos, dispositivos y servicios que generalmente son proporcionados sin cargo al participante de un ensayo clínico por parte del patrocinador de la investigación.
- Esta exclusión no limita, prohíbe ni modifica los derechos de un miembro al proceso de evaluación independiente de los Servicios Experimentales o Servicios de Investigación, tal como se describe en la SECCIÓN 6 de esta EOC, o a la Evaluación Médica Independiente (IMR) del Departamento de Atención Médica Administrada de California (DMHC) como se describe en la SECCIÓN 8 de esta EOC.

2. Servicios experimentales o servicios de investigación

- Este plan no cubre servicios experimentales ni servicios de investigación, excepto según lo descrito en la SECCIÓN 6 de esta EOC o cuando así sea requerido por la ley.
- Servicios experimentales se refiere a medicamentos, equipo, procedimientos o servicios que se encuentran en fase de prueba sometidos a estudios de laboratorio y/o con animales antes de las pruebas en seres humanos. Los servicios experimentales no están siendo objeto de una investigación clínica.
- Servicios de investigación se refiere a aquellos medicamentos, equipo, procedimientos o servicios para los que se han realizado estudios de laboratorio y/o con animales y para los que se están realizando estudios en seres humanos, pero:
 - (1) Las pruebas no están completas; y
 - (2) La eficacia y seguridad de dichos servicios en seres humanos aún no han sido establecidas; y
 - (3) El servicio no es de uso generalizado.
- La determinación de que un servicio es un servicio experimental o un servicio de investigación se basa en:
 - (1) Referencia a las regulaciones federales pertinentes, como las contenidas en el Título 42, Código de Regulaciones Federales, Capítulo IV (Administración de Financiamiento de la Atención Médica) y el Título 21, Código de Reglamentos Federales, Capítulo I (Administración de Alimentos y Medicamentos);
 - (2) Consulta con organizaciones de proveedores, académicos y especialistas profesionales pertinentes al servicio específico;
 - (3) Referencia a la literatura médica actual.
- Sin embargo, si el plan niega o demora la cobertura para el servicio solicitado con base en que se trata de un servicio experimental o un servicio de investigación y usted cumple con todos los requisitos establecidos a continuación, el plan deberá proporcionar una evaluación externa independiente.
- Requisitos
 - 1. Debe tener una enfermedad potencialmente mortal o una condición que debilita gravemente.



Si tiene alguna pregunta, llame a Servicios al miembro al **1-800-750-4776** o al **650-616-2133** (TTY: **1-800-855-3000** o marque **7-1-1**) de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 6:00 p.m. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.hpsm.org/healthworx.

- 2. Su proveedor de atención médica debe certificar al plan que usted tiene una condición potencialmente mortal o que debilita gravemente, para la cual las terapias estándar no han sido eficaces para mejorar su condición, o son de otro modo médicamente inapropiadas, o no existe una terapia estándar más beneficiosa cubierta por el plan.
- 3. O bien (a) su proveedor de atención médica, que tiene un contrato con el plan o es empleado del mismo, le ha recomendado un medicamento, dispositivo, procedimiento u otra terapia que el proveedor de atención médica certifica por escrito que probablemente le resulte más beneficioso a usted que cualquier otra terapia estándar disponible, o (b) usted o su proveedor de atención médica, que es un médico con licencia, certificado por la junta o que reúne los requisitos para certificación por la junta, calificado para ejercer en el ámbito de práctica adecuado para tratar su condición médica, ha solicitado una terapia que, según dos documentos con evidencia médica y científica aceptable, probablemente sea más beneficiosa para usted que cualquier terapia estándar disponible.
- 4. Se le ha negado la cobertura por parte del plan para el servicio recomendado o solicitado.
- 5. Si no fuera por la determinación del plan de que el servicio recomendado o solicitado es un servicio experimental o un servicio de investigación, estaría cubierto.
- Proceso de evaluación externa independiente
 - Si el plan le niega la cobertura de la terapia recomendada o solicitada y usted cumple con todos los requisitos, el plan le notificará su decisión en un plazo de cinco días hábiles y le informará de su oportunidad de solicitar una evaluación externa de la decisión del plan. Si su proveedor de atención médica determina que el servicio propuesto sería significativamente menos eficaz si no se iniciara de inmediato, usted puede solicitar una evaluación acelerada y los expertos del panel de evaluación externa emitirán una decisión en un plazo de siete días a partir de su solicitud. Si el panel de evaluación externa recomienda que el plan cubra el servicio recomendado o solicitado, la cobertura de los servicios estará sujeta a los términos y condiciones que se aplican generalmente a otros beneficios a los que usted tiene derecho.
- Evaluación médica independiente (IMR) del DMHC
 - Esta exclusión no limita, prohíbe ni modifica los derechos de un miembro a una IMR del DMHC tal como se describe en la SECCIÓN 8 de esta EOC. Bajo algunas circunstancias, usted no tiene que participar en el proceso de reclamaciones o apelaciones del plan antes de solicitar una IMR relacionada con la negación de servicios experimentales o servicios de investigación. En tales casos, puede ponerse en contacto inmediatamente con el DMHC para solicitar una IMR de dicha negación. Consulte la SECCIÓN 8.
- 3. Servicios dentales
 - Este plan no cubre servicios ni suministros dentales, excepto en los casos exigidos por la ley.
- 4. Cuidado de la vista
 - Este plan no cubre servicios para la vista, excepto como se describe en la SECCIÓN 6 de esta EOC o en los casos exigidos por la ley.



5. Reversión de la esterilización voluntaria

- Este plan no cubre la reversión de la esterilización voluntaria, excepto para el tratamiento médicamente necesario de complicaciones médicas, excepto cuando lo exija la ley.

6. Servicios, suministros o cirugías cosméticas

- Este plan no cubre servicios, suministros ni cirugías cosméticas que demoren o reviertan los efectos del envejecimiento, ni que alteren o remodelen las estructuras normales del cuerpo con el fin de mejorar la apariencia en lugar de la función, excepto según se describe en la SECCIÓN 6 de esta EOC, o según lo exija la ley. El plan no cubre ningún servicio, suministro o cirugía para la promoción, prevención u otro tratamiento de la caída del cabello o del crecimiento del cabello, excepto según lo descrito en la SECCIÓN 6 de esta EOC o cuando lo exija la ley.
- Esta exclusión no se aplica a lo siguiente:
 - Tratamiento médicamente necesario de complicaciones derivadas de la cirugía estética, como infecciones o hemorragias.
 - Cirugía reconstructiva, tal y como se describe en la SECCIÓN 6 de esta EOC.
 - Para la disforia de género, cirugía reconstructiva de las características sexuales primarias y secundarias para mejorar la función o crear una apariencia normal en la medida de lo posible, para el género con el que se identifica el miembro, de acuerdo con el estándar de atención practicado por médicos especializados en cirugía reconstructiva que sean competentes para evaluar los problemas clínicos específicos involucrados en la atención solicitada, tal como se describe en la SECCIÓN 6 de esta EOC.

7. Suministros desechables para uso en el hogar

- Este plan no cubre suministros desechables para uso en el hogar, tales como vendas, gasas, cinta, antisépticos, apósitos, pañales y productos para la incontinencia, excepto según lo descrito en la SECCIÓN 6 de esta EOC o según lo exija la ley.

8. Artículos personales o de confort

- Este plan no cubre artículos personales o de confort, tales como internet, teléfonos, artículos para la higiene personal, servicios de entrega de alimentos, o servicios para ayudar con el cuidado personal, excepto según lo exija la ley.

9. Medicamentos con receta médica / Medicamentos con receta para pacientes ambulatorios

- El plan no cubre los siguientes medicamentos con receta médica, excepto según lo exija la ley:
 - Cuando se receta para servicios cosméticos. A efectos de esta exclusión, el término cosmético se refiere a medicamentos recetados únicamente con el propósito de alterar o afectar la estructura normal del cuerpo para mejorar la apariencia en lugar de la función.
 - Cuando se receta únicamente para el tratamiento de la caída del cabello, la disfunción sexual, el rendimiento atlético, fines cosméticos, el antienvjecimiento con fines cosméticos y el rendimiento mental. La exclusión no se aplica a los medicamentos para el rendimiento mental cuando son médicamente necesarios



Si tiene alguna pregunta, llame a Servicios al miembro al **1-800-750-4776** o al **650-616-2133** (TTY: **1-800-855-3000** o marque **7-1-1**) de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 6:00 p.m. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.hpsm.org/healthworx.

para tratar enfermedades mentales diagnosticadas o condiciones médicas que afectan la memoria, incluyendo, entre otros, el tratamiento de las condiciones o síntomas de la demencia o la enfermedad de Alzheimer.

- Cuando se receta únicamente con el propósito de perder peso, excepto cuando es medicamento necesario para el tratamiento de la obesidad severa. La inscripción en un programa integral de pérdida de peso, si está cubierto por el plan, puede ser requerida por un periodo razonable de tiempo antes o concurrentemente con la recepción del medicamento recetado.
- Cuando se receta únicamente con el propósito de acortar la duración del resfriado común.
- Medicamentos con receta disponibles sin receta médica o para los cuales existe un equivalente que no requiere receta médica (el mismo ingrediente activo, concentración y forma de la dosis que el medicamento con receta). Esta exclusión no se aplica a:
 - Insulina,
 - Los medicamentos que no requieren receta médica cubiertos bajo los servicios preventivos, por ejemplo, los medicamentos anticonceptivos aprobados por la FDA que no requieren receta médica,
 - Medicamentos que no requieren receta médica para la reversión de una sobredosis de opioides, o
 - Una clase entera de medicamentos con receta médica cuando un medicamento dentro de esa clase empieza a estar disponible sin receta médica.
- Reemplazo de medicamentos extraviados o robados.
- Los medicamentos cuando son recetados por proveedores no contratantes para procedimientos no cubiertos y que no están autorizados por un plan o un proveedor del plan, excepto cuando la cobertura sea requerida de otra manera en el contexto de servicios y atención de emergencia.

10. Suplementos dietéticos o nutricionales

- Este plan no cubre suplementos dietéticos o nutricionales, excepto como se describe en la SECCIÓN 6 de esta EOC o según lo exija la ley.

11. Cuidado custodial o atención a domicilio

- Este Plan no cubre el cuidado custodial, que implica asistencia con las actividades de la vida diaria, incluyendo, entre otros, ayuda para caminar, meterse y salir de la cama, bañarse, vestirse, preparación y alimentación de dietas especiales, y supervisión de medicamentos que normalmente son autoadministrados, excepto como se describe en la SECCIÓN 6 de esta EOC o según lo exija la ley.
- Esta exclusión no se aplica a lo siguiente:
 - Asistencia con las actividades de la vida diaria que requiere los servicios regulares de profesionales médicos o de salud capacitados o es proporcionada regularmente por ellos.



- Asistencia con las actividades de la vida diaria que se proporciona como parte de la atención de pacientes terminales, la atención en un centro de enfermería especializada o la atención como paciente hospitalizado.
 - Cuidado custodial proporcionado en un centro de salud.
12. Proveedores sin licencia o no certificados
- Este plan no cubre tratamientos o servicios prestados por un proveedor de atención médica sin licencia o no certificado, excepto según lo exija la ley.
 - Esta exclusión no se aplica al tratamiento médicamente necesario de un trastorno de salud mental o por consumo de sustancias proporcionado o suministrado por, o bajo la dirección de, un proveedor de atención médica que actúe dentro del ámbito de práctica profesional de la licencia o certificación del proveedor de conformidad con la ley estatal aplicable.
13. Servicios privados de enfermería
- Este plan no cubre la enfermería privada en el hogar, hospital o centro de atención a largo plazo, excepto según lo exija la ley.
14. Embarazo subrogado
- Este plan no cubre pruebas, servicios o suministros para una persona que no esté cubierta bajo este HealthWorx HMO para un embarazo subrogado, excepto según lo exija la ley.
15. Terapias
- Este plan no cubre las siguientes terapias físicas y ocupacionales, excepto como se describe en la SECCIÓN 6 de esta EOC o según lo exija la ley:
 - La terapia de masaje, a menos que sea un componente de un plan de tratamiento;
 - Entrenamiento o terapia para el tratamiento de discapacidades del aprendizaje o problemas conductuales;
 - Capacitación o terapia en habilidades sociales; y
 - Terapia vocacional, educativa, recreativa, artística, de danza, musical o de lectura.
16. Examen físico de rutina
- El plan no cubre exámenes físicos con el único propósito de viajar, seguros, licencias, empleo, escuela, campamento, exámenes ordenados por un tribunal, exámenes de pre-participación en programas atléticos, o cualquier otro propósito no preventivo, excepto según lo exija la ley.
17. Viaje y alojamiento
- Este plan no cubre el transporte, el millaje, el alojamiento, las comidas y otros costos de viaje relacionados con el miembro, excepto el transporte en ambulancia con licencia o el transporte psiquiátrico como se describe en la SECCIÓN 6 de esta EOC, o según lo exija la ley.



Si tiene alguna pregunta, llame a Servicios al miembro al **1-800-750-4776** o al **650-616-2133** (TTY: **1-800-855-3000** o marque **7-1-1**) de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 6:00 p.m. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.hpsm.org/healthworx.

18. Programas de control de peso y programas de ejercicio

- Este plan no cubre los programas de control de peso ni los programas de ejercicio, excepto según lo exija la ley.



Sección 8: Proceso de reclamaciones y apelaciones

Nuestro compromiso con usted es asegurar no sólo la atención de calidad, sino también la calidad en el proceso del tratamiento. Esta calidad en el tratamiento se extiende desde los servicios profesionales prestados por proveedores del plan hasta la cortesía que le brindan nuestros representantes de Servicios al miembro. Si tiene alguna duda sobre los servicios que recibe de un proveedor del plan, le recomendamos que discuta primero la situación con su proveedor. Si continúa teniendo inquietudes en relación con cualquier servicio que reciba, llame a Servicios al miembro de HPSM al **1-800-750-4776** o al **650-616-2133**. Los miembros con discapacidades auditivas o del habla pueden llamar al TTY: **1-800-855-3000** o marque **7-1-1** (Servicio de retransmisión de mensajes de California).

Apelación

Si usted considera que HPSM le ha negado incorrectamente una solicitud de un servicio u otro beneficio, puede solicitar una apelación de la decisión de HPSM. Puede presentar una apelación a HPSM dentro de los **180 días calendario** posteriores a la fecha de la decisión original de HPSM. Las apelaciones pueden presentarse ya sea con un Representante de Servicios al miembro llamando al **1-800-750-4776** o al **650-616-2133** o hablando con un Coordinador de reclamaciones y apelaciones al **1-888-576-7227** o al **650-616-2850**. Puede obtener una copia de las Políticas y Procedimientos para Reclamaciones y Apelaciones de HPSM llamando a nuestro Departamento de servicios al miembro.

Reclamación

Si tiene algún otro tipo de queja contra HPSM o un proveedor, puede presentar una reclamación. Puede presentar una reclamación a HPSM dentro de los **180 días calendario** posteriores al incidente. Las reclamaciones pueden presentarse ya sea con un representante de Servicios al miembro llamando al **1-800-750-4776** o al **650-616-2133** o hablando con un Coordinador de reclamaciones y apelaciones al **1-888-576-7227** o al **650-616-2850**. Puede obtener una copia de las Políticas y Procedimientos para Reclamaciones y Apelaciones de HPSM llamando a nuestro Departamento de servicios al miembro.

Cómo presentar una reclamación o una apelación

Para iniciar el proceso de reclamación o apelación, puede llamar, escribir o enviar un fax al plan a:

Grievance and Appeals Unit
Health Plan of San Mateo
801 Gateway Boulevard, Suite 100
South San Francisco, CA 94080

Teléfono: **1-800-750-4776** o **650-616-2850**
Fax: **650-829-2002**
Sitio web: www.hpsm.org

HPSM acusará recibo del reclamo en un plazo de cinco (5) días y resolverá su reclamo en un plazo de treinta (30) días. Si su reclamación involucra una amenaza grave e inminente a su salud, incluyendo, pero sin limitarse a dolor severo, pérdida potencial de la vida, de una extremidad o una función corporal principal; usted o su proveedor pueden solicitar que HPSM agilice la evaluación de su reclamación. HPSM evaluará su solicitud de evaluación acelerada y, si su reclamación reúne los requisitos como reclamación urgente, resolveremos su reclamación en un plazo de tres (3) días a partir de la recepción de su solicitud.

Usted no está obligado a presentar un reclamo a HPSM antes de pedir al Departamento de cuidado de salud administrado que revise su caso en una forma expedita. Si decide presentar un reclamo a HPSM en el que pide una revisión expedita, HPSM le notificará inmediatamente por escrito que:

1. Usted tiene derecho a notificar al Departamento de cuidado de salud administrado acerca de su reclamo que involucra una amenaza seria e inminente a la salud y
2. Le responderemos a usted con una declaración por escrito sobre el estado pendiente o la



Si tiene alguna pregunta, llame a Servicios al miembro al **1-800-750-4776** o al **650-616-2133** (TTY: **1-800-855-3000** o marque **7-1-1**) de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 6:00 p.m. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.hpsm.org/healthworx.

disposición de la reclamación a más tardar 72 horas después de que recibamos su solicitud de una evaluación agilizada de su reclamación.

Evaluaciones médicas independientes (IMR)

Si la atención médica que se solicitó para usted es negada, atrasada o modificada por HPSM o un proveedor del plan, usted puede ser elegible para una Evaluación médica independiente (IMR, por sus siglas en inglés). Si su caso es elegible y usted presenta una solicitud para que se lleve a cabo una evaluación médica independiente (IMR, por sus siglas en inglés) ante el Departamento de Atención Médica Administrada de California (DMHC), se presentará la información acerca de su caso ante un especialista médico que evaluará la información proporcionada y hará una determinación independiente de su caso. Usted recibirá una copia de la determinación. Si un especialista de IMR así lo determina, HPSM proporcionará cobertura de los servicios de salud.

Se puede realizar una IMR en las siguientes situaciones:

1. (a) Su proveedor ha recomendado un servicio de atención médica como médicamente necesario, o
(b) Usted ha recibido atención de urgencia o servicios y atención de emergencia que el proveedor determinó como médicamente necesarios, o
(c) Usted ha sido evaluado por un proveedor del plan para el diagnóstico o tratamiento de la condición médica para la que busca una evaluación independiente, y
2. El servicio de atención médica en disputa ha sido negado, modificado o atrasado por HPSM o uno de sus proveedores del plan, en función total o parcial de una decisión de que el servicio de atención médica no es médicamente necesario, y
3. Usted ha presentado una reclamación ante HPSM y se mantiene la decisión en disputa, o la reclamación continúa sin resolverse, después de 30 días calendario.

Si su reclamación reúne los requisitos de una evaluación acelerada, usted no está obligado a presentar una reclamación ante HPSM antes de solicitar una evaluación médica independiente (IMR, por sus siglas en inglés). También, el DMHC puede exentar el requisito de que usted primero siga el proceso de reclamación de HPSM, en casos extraordinarios y convincentes.

Cuando se trate de casos que no sean urgentes, la organización de IMR designada por el DMHC debe proporcionar su determinación en un plazo de treinta (30) días después de haber recibido su solicitud y documentos de apoyo. Cuando se trate de casos urgentes que impliquen una amenaza inminente y grave a su salud, incluyendo pero sin limitarse a dolor severo, pérdida potencial de la vida, de una extremidad o de una función corporal principal, la organización de IMR proporcionará su determinación en un plazo de tres (3) días hábiles. A solicitud de los expertos, la fecha límite puede extenderse hasta por tres (3) días adicionales, si existe algún retraso en obtener la documentación necesaria.

El proceso de IMR es complementario a cualquier otro procedimiento o recurso que pueda estar a su disposición. La decisión de no participar en el proceso de IMR puede ocasionar que usted pierda algún derecho establecido por la ley de emprender una acción legal en contra del plan acerca del servicio de atención médica solicitado. Usted no paga ninguna cuota de solicitud o procesamiento por una IMR. Tiene el derecho de proporcionar información de apoyo para su solicitud de una IMR. Para obtener más información acerca del trámite de la IMR o para pedir un formulario de solicitud, llame a Servicios al miembro de HPSM al **1-800-750-4776** o al **650-616-2133**. Los miembros con discapacidades auditivas o del habla pueden llamar al TTY: **1-800-855-3000** o marque **7-1-1** (Servicio de retransmisión de mensajes de California).

Evaluación médica independiente para rechazos de terapias experimentales/de investigación

También puede tener derecho a una Evaluación médica independiente, a través del Departamento de Atención Médica Administrada de California, cuando se le niegue la cobertura del tratamiento que hemos determinado que es experimental o de investigación.



- Le avisaremos por escrito acerca de la oportunidad de solicitar una Evaluación médica independiente (IMR) sobre cualquier decisión que niegue una terapia experimental o de investigación en un plazo de cinco (5) días hábiles después de la decisión de negar la cobertura.
- No es necesario que participe en el proceso de reclamación del HPSM antes de solicitar una evaluación médica independiente de nuestra decisión de negar la cobertura de una terapia experimental o de investigación.
- Si el médico indica que la terapia propuesta sería significativamente menos efectiva si no se inicia oportunamente, entonces la decisión de la Evaluación médica independiente (IMR) será entregada dentro de los siguientes siete (7) días de completada la solicitud de una evaluación acelerada.

Evaluación por el Departamento de Atención Médica Administrada de California (DMHC)

El Departamento de Administración de Atención de la Salud de California es responsable de reglamentar los planes de la atención a la salud. Si tiene alguna reclamación contra su plan de salud, deberá llamar primero a su plan de salud, a Servicios al miembro al **1-800-750-4776** (TTY **1-800-855-3000** o **7-1-1**), y seguir el proceso de reclamación de su plan de salud antes de comunicarse con el departamento. Utilizar este procedimiento de reclamación no prohíbe ningún derecho o recurso potencial que pueda estar disponible para usted. Si necesita ayuda con una reclamación que implique una emergencia, una reclamación que su plan de salud no haya resuelto satisfactoriamente o una reclamación que haya permanecido sin solución por más de 30 días, puede llamar al departamento para solicitar asistencia. También podría reunir los requisitos para que se realice una Evaluación médica independiente (IMR, por sus siglas en inglés). Si usted es elegible para una IMR, el proceso de la IMR le proporcionará una evaluación imparcial de las decisiones médicas tomadas por un plan de salud relacionado con una necesidad médica de un servicio o tratamiento propuesto, decisiones de cobertura para tratamientos experimentales o de investigación y disputas de pagos por servicios médicos urgentes o de emergencia. El departamento también tiene un número de teléfono gratuito (**1-888-466-2219**) y una línea TDD (**1-877-688-9891**) para personas con discapacidades auditivas y del lenguaje. En el sitio web del departamento <https://www.dmhc.ca.gov> podrá encontrar formularios de queja, formularios de solicitud para una IMR e instrucciones en línea.

Mediación

Usted o su representante autorizado puede solicitar una mediación voluntaria con HPSM. Usted no necesita participar en la mediación por más de treinta (30) días antes de poder presentar una reclamación ante el Departamento de Atención Médica Administrada de California (DMHC). Todavía puede presentar una reclamación ante el Departamento después de terminar la mediación. Usted y HPSM compartirán el costo de la mediación.



Si tiene alguna pregunta, llame a Servicios al miembro al **1-800-750-4776** o al **650-616-2133** (TTY: **1-800-855-3000** o marque **7-1-1**) de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 6:00 p.m. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.hpsm.org/healthworx.

This page intentionally left blank.

Esta página ha sido dejada en blanco intencionalmente.

此頁有意留為空白。

Ang pahinang ito ay sadyang iniwan na blangko.



Sección 9: Información general

Contrato completo

El contrato de la San Mateo County Public Authority para trabajadores de Servicios de apoyo en el hogar (IHSS), el contrato de la ciudad de San Mateo para empleados de medio tiempo, este Manual del miembro y Evidencia de cobertura y cualquier enmienda o anexo constituirán el Contrato de cobertura en su totalidad.

Enmiendas y alteraciones

Las enmiendas al contrato, incluido cualquier cambio en los beneficios, se harán efectivas según se indica en la enmienda escrita firmada y autorizada por un funcionario de la San Mateo County Public Authority o la Ciudad de San Mateo y por un funcionario autorizado de la San Mateo Health Commission.

Ninguna alteración del contrato así como ninguna exoneración a cualquiera de sus cláusulas será válida a menos que esté evidenciada por una Enmienda por parte de la San Mateo Health Commission, ejecutada por un funcionario autorizado de la San Mateo Health Commission. Ningún agente tiene la autoridad para cambiar el contrato o renunciar a ninguna de sus cláusulas. HPSM se reserva el derecho de modificar unilateralmente este Contrato para dirigir cualquier ley o requerimientos regulatorios. Los miembros recibirán una notificación al menos treinta (30) días antes del incremento de los montos a pagar (primas o copagos) o cambios en los beneficios.

Notificación de cambios

Con el vencimiento o la terminación del contrato de San Mateo County Public Authority (SMCPA) o del contrato de la Ciudad de San Mateo, el plan de salud debe cooperar completamente con San Mateo County Public Authority (SMCPA) o la Ciudad de San Mateo para efectuar una transición ordenada de los miembros cubiertos por el contrato a otros contratistas. El Health Plan deberá enviar una notificación autorizada por la San Mateo County Public Authority (SMCPA) o la Ciudad de San Mateo a todos los miembros conocidos por lo menos 15 días antes del vencimiento o terminación del contrato de la San Mateo County Public Authority (SMCPA) o de la Ciudad de San Mateo.

Error administrativo

Un error administrativo no privará a ningún miembro de la cobertura de conformidad con el Contrato. El incumplimiento de informar la terminación de la cobertura no continuará dicha cobertura más allá de la fecha programada de acuerdo con los términos del contrato. Al descubrir un error administrativo, debe hacerse un ajuste apropiado en las cuotas de los servicios de salud.

Otro seguro médico

Es en su beneficio el informar al proveedor dentro de la red si tiene cobertura médica adicional a este programa. La mayoría de las compañías aseguradoras cooperan entre sí para evitar duplicar pagos, pero le permiten a usted utilizar ambos programas. Si tiene otro seguro, hay reglas mediante las cuales se decide qué compañía aseguradora deberá pagar primero. Al seguro que paga primero se le llama "entidad primaria que realiza el pago" y paga hasta el límite de su cobertura. El seguro que paga en segundo lugar, al que se le llama "entidad secundaria que realiza el pago", sólo paga si hay costos sin pagar de la cobertura primaria. Siempre y cuando usted esté trabajando, HealthWorx HMO será la entidad primaria ante su otro seguro.

San Mateo County Public Authority no permite que los trabajadores de los Servicios de Apoyo en el Hogar (IHSS) del Condado de San Mateo se inscriban en HealthWorx si el trabajador de IHSS tiene otra cobertura de salud en el momento de la inscripción. Los trabajadores de IHSS pueden



Si tiene alguna pregunta, llame a Servicios al miembro al **1-800-750-4776** o al **650-616-2133** (TTY: **1-800-855-3000** o marque **7-1-1**) de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 6:00 p.m. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.hpsm.org/healthworx.

ser dados de baja del programa HealthWorx si tienen otra cobertura de salud.

Miembros con Medicare

Este plan no está previsto para la mayoría de los beneficiarios de Medicare. Si usted es elegible o se vuelve elegible para Medicare, deberá comunicarse con HPSM al **1-800-750-4776** o al **650-616-2133**. Los miembros con discapacidades auditivas o del habla pueden llamar al TTY: **1-800-855-3000** o marque **7-1-1** (Servicio de retransmisión de mensajes de California).

Quién paga primero si usted tiene Medicare

Cuando usted tiene otro seguro (como la cobertura médica de grupo del empleador), hay reglas que deciden si Medicare o su otro seguro paga primero. Al seguro que paga primero se le llama "entidad primaria que realiza el pago" y paga hasta el límite de la cobertura que ofrece. El que paga en segundo lugar, llamado "entidad secundaria que realiza el pago", sólo paga si hay costos no cubiertos por la cobertura primaria.

Si tiene HealthWorx HMO y Medicare, generalmente se aplican las reglas siguientes:

- Si usted está trabajando, HealthWorx HMO paga primero.
- Si usted está jubilado, Medicare paga primero.
- Si usted tiene más de 65 años y está aún trabajando, HealthWorx HMO paga primero.

Si tiene Medicare, infórmele a su médico, hospital y farmacia. Si tiene alguna pregunta sobre quién paga primero o si necesita actualizar la información de su otro seguro, llame al Departamento de servicios al miembro de HPSM.

Asegúrese de informar a su proveedor de todos los programas con los que tiene cobertura de manera que reciba todos los beneficios a los que tiene derecho. Para obtener más información, comuníquese con el Departamento de servicios al miembro de HPSM.

Proceso de recuperación de terceros y responsabilidades del miembro

El miembro acepta que si los beneficios de este Acuerdo se proporcionan para tratar una lesión o enfermedad ocasionada por un acto ilícito u omisión de otra persona o tercero, siempre y cuando el miembro reciba compensación por todos los otros daños que resulten del acto ilícito u omisión antes de que HPSM tenga derecho a recibir reembolso, el miembro deberá:

- Rembolsar a HPSM el costo razonable por servicios pagados por HPSM en la medida permitida por el Código Civil de California, Sección 3040 inmediatamente al cobrar él o ella por los daños, ya sea por acción, de conformidad con la ley, acuerdo o de otra forma; y
- Cooperar completamente con el ejercicio de los derechos de gravamen de HPSM por el valor razonable de los servicios proporcionados por HPSM hasta el grado permitido por el Código Civil de California, sección 3040. El derecho de gravamen de HPSM se puede presentar a la persona cuyo acto ocasionó las lesiones, su agente o el tribunal.

HPSM tiene derecho al pago, reembolso y subrogación en recuperaciones de terceros y el miembro debe cooperar para hacer cumplir de forma plena y proteger los derechos de HPSM, incluso la notificación oportuna de un caso que involucre la posible recuperación de un tercero.

No duplicación de beneficios de compensación al trabajador

Si, de acuerdo con la Ley de compensación al trabajador, la Ley de responsabilidad del empleador u otra legislación de propósito o alcance similar, un tercero es responsable por todo o parte del costo de los servicios médicos proporcionados por HPSM, suministraremos los beneficios de este Acuerdo en el momento que se necesiten. El miembro acepta proporcionar a HPSM un gravamen sobre dichos beneficios médicos de Compensación al trabajador en la



medida del valor razonable de los servicios suministrados por HPSM. El gravamen puede ser presentado ante el tercero responsable, su agente o el tribunal. Para los fines de esta subsección, el valor razonable se determinará por el cargo usual, acostumbrado o razonable por servicios en el área geográfica donde se prestan los servicios. Al aceptar la cobertura de este Contrato, los miembros aceptan cooperar para proteger el interés de HPSM incluido en esta disposición y ejecutar y entregar a HPSM o a la persona designada cualquier y todas las asignaciones u otros documentos que puedan ser necesarios para hacer cumplir y proteger de manera adecuada y completa los derechos de HPSM o de la persona designada.

Coordinación de beneficios

Al inscribirse en HPSM, cada miembro acepta completar y presentar ante HPSM los consentimientos, las autorizaciones, las asignaciones y cualquier otro documento razonablemente solicitado por HPSM a fin de asegurar y obtener el reembolso y coordinar la cobertura con otros planes de beneficios de salud o de pólizas de seguro. Los beneficios pagaderos se reducirán cuando los beneficios estén disponibles para un miembro de conformidad con el otro plan o póliza, independientemente de que se presente o no un reclamo por los mismos.

Pago al proveedor

HPSM paga a los médicos y proveedores de atención médica según el sistema de pago por servicio. Esto significa que los médicos prestan servicios de atención médica a los miembros y luego envían una factura a HPSM. Los hospitales, centros de enfermería especializada y centros de atención para enfermos terminales reciben sus pagos en base a una tarifa diaria. Estos acuerdos de pago no contienen cláusulas que compartan el riesgo, ni tampoco penalizaciones financieras diseñadas para limitar la atención médica. De hecho, existen incentivos para muchos de nuestros proveedores, con el fin de que proporcionen los niveles y tipos adecuados de atención médica a nuestros miembros.

Disposiciones sobre reembolsos: si recibe una factura

Sírvase indicarle al personal del consultorio de su médico que usted es miembro de HPSM para que su médico sepa cómo debe facturar su atención. Siempre muestre su Tarjeta de identificación de HPSM cuando obtenga servicios.

No se le deben facturar a usted los servicios, excepto en ciertos casos:

- Si solicita y recibe servicios que no están cubiertos, tales como cirugía cosmética.
- Si acude a un médico fuera de la red de servicios para recibir servicios que no son de emergencia.
- Si no hizo su copago al momento de su visita.

Si recibe una factura por estos servicios, usted es responsable de pagarla.

Si recibe una factura por un servicio que es un beneficio o una factura de un proveedor fuera de la red en un hospital o centro dentro de la red autorizado por HPSM, **por favor no pague la factura**. Llame inmediatamente al consultorio del proveedor y solicíteles que facturen a HPSM.

El proveedor puede llamar a HPSM y nosotros podemos explicarle cómo debe facturarnos.

El número al que debe llamar el proveedor se encuentra en su Tarjeta de identificación.

Si no está seguro de qué hacer, puede llamar a un Representante de Servicios al miembro.

Por favor no ignore las facturas de los proveedores. Si usted termina siendo remitido al departamento de cobranzas debido a una factura, nosotros no podríamos ayudarle tan fácilmente. Usted podría terminar siendo responsable de parte o de la totalidad de la factura.

Si ya pagó una factura por servicios, por ejemplo servicios y atención de emergencia, nosotros trabajaremos con el proveedor para obtener un reembolso para usted. Deberá presentar una copia



Si tiene alguna pregunta, llame a Servicios al miembro al **1-800-750-4776** o al **650-616-2133** (TTY: **1-800-855-3000** o marque **7-1-1**) de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 6:00 p.m. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.hpsm.org/healthworx.

de la factura con su nombre, número de identificación (que aparece en su tarjeta de identificación de miembro), su número telefónico, un recibo del pago y la fecha y motivo de la factura.

También debe presentar el comprobante de pago. Envíe la factura a:

Member Services Department
Health Plan of San Mateo
801 Gateway Blvd., Suite 100
South San Francisco, CA 94080

Deberá enviar por correo su solicitud de reembolso por escrito a HPSM dentro de los 3 meses siguientes a la fecha en que recibió los servicios o tan pronto como le sea razonablemente posible, pero en ningún caso después de 12 meses de haber recibido la atención.

Participación pública

El Comité de Asesoría del consumidor (Consumer Advisory Committee), el cual está formado por miembros de HPSM y promotores profesionales que trabajan en representación de los afiliados de HPSM, es un grupo consultivo permanente de la San Mateo Health Commission, responsable de Health Plan of San Mateo. El comité asesora a la San Mateo Health Commission sobre la manera en que el Plan de salud puede servir mejor a sus miembros. También examina los temas de políticas sobre los cuales la San Mateo Health Commission tomará decisiones para que los miembros puedan participar antes de que se tomen las decisiones finales. El miembro consumidor del cuerpo directivo de HPSM representa a los consumidores en el Comité de Evaluación y Mejoramiento de la Calidad de HPSM.

Si desea solicitar membresía en el Comité de Asesoría del Consumidor, por favor comuníquese con un representante de Servicios al miembro de HPSM al **1-800-750-4776** o al **650-616-2133**.

Notificación de cambios en el plan

Durante el año podemos enviarle actualizaciones sobre los cambios en el plan. Esto puede incluir actualizaciones del Directorio de proveedores, Manual y Evidencia de cobertura. Le mantendremos informado y estamos a sus órdenes para responder cualquier pregunta que tenga. Llámenos al **1-800-750-4776** o al **650-616-2133** si tiene alguna pregunta sobre los cambios en el plan.

Prácticas de privacidad

HPSM protegerá la privacidad de la información de salud de los miembros. Los proveedores contratados también deben proteger la información de salud de usted. La información de salud protegida incluye su nombre, el número de seguro social y demás información que revele quién es usted. Usted tiene el derecho, con algunas excepciones, de ver y recibir copias de la información de salud que HPSM mantiene sobre usted, corregir o actualizar su información de salud y solicitarnos un listado de ciertas divulgaciones de su información de salud.

HPSM puede utilizar o divulgar su información de salud para tratamientos, pago y operaciones de atención médica, incluyendo medir la calidad de la atención y los servicios que usted recibe. A veces la ley requiere que demos información de salud protegida a agencias gubernamentales o en acciones judiciales. Además, no utilizaremos ni divulgaremos su información de salud por ningún otro motivo sin su autorización por escrito (o la de su representante), excepto según está descrito en nuestro Aviso de prácticas de privacidad.

Se adjunta una copia del Aviso de prácticas de privacidad de HPSM en este Manual del miembro. Comuníquese con el Departamento de servicios al miembro de HPSM al **1-800-750-4776** o al **650-616-2133** para obtener una copia adicional. Nuestro Aviso de prácticas de privacidad también está en nuestro sitio web www.hpsm.org.

Autorización para la divulgación de información

Si tiene alguna pregunta, llame a Servicios al miembro al **1-800-750-4776** o al **650-616-2133** (TTY: **1-800-855-3000** o marque **7-1-1**) de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 6:00 p.m. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.hpsm.org/healthworx.



Health Plan of San Mateo no divulgará información personal o médica que lo identifique individualmente sin antes obtener autorización del miembro o la persona designada por el miembro, excepto en la medida permitida por la ley. HPSM puede divulgar información que no lo identifique individualmente.

Para poder divulgar información médica con fines no relacionados con el tratamiento, pago u operaciones de atención médica (incluyendo cualquier divulgación de información específica individual sobre pruebas genéticas), HPSM obtendrá la autorización del miembro o de la persona designada por el miembro.

Donación de órganos y tejidos

La donación de órganos y tejidos proporciona muchos beneficios sociales. La donación de órganos y tejidos permite a las personas que reciben los trasplantes llevar vidas más plenas y significativas. 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 identifica como posible donante de órganos. Una organización de obtención de órganos se involucrará para coordinar las actividades. El sitio web del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. (www.organdonor.gov) tiene información adicional acerca de la donación de órganos y tejidos.

Instrucciones anticipadas

La Ley sobre decisiones médicas de California (California Health Care Decision Law) ofrece varias formas para que usted controle el tipo de atención médica que recibirá si se enferma gravemente o queda inconsciente, incluyendo:

- Una carta de poder duradero para atención médica (power of attorney for health care) que le permite nombrar a una persona para que tome las decisiones relacionadas con la atención médica cuando usted no pueda comunicarse por sí mismo. También le permite escribir su punto de vista sobre el apoyo vital y otros tratamientos.
- Las instrucciones individuales del cuidado de la salud le permiten expresar sus deseos sobre el apoyo vital y otros tratamientos. Usted le puede comunicar estos deseos a su médico y documentarlos en su historial médico o puede ponerlos por escrito y hacer que formen parte de su historial médico.

Para obtener información adicional acerca de las Instrucciones Anticipadas de Atención Médica, incluida información sobre cómo obtener formularios e instrucciones, visite nuestro sitio web en <https://www.hpsm.org/member/forms> o póngase en contacto con nuestro Departamento de Servicios al miembro llamando al **1-800-750-4776** o al **650-616-2133**.



Si tiene alguna pregunta, llame a Servicios al miembro al **1-800-750-4776** o al **650-616-2133** (TTY: **1-800-855-3000** o marque **7-1-1**) de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 6:00 p.m. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.hpsm.org/healthworx.

This page intentionally left blank.

Esta página ha sido dejada en blanco intencionalmente.

此頁有意留為空白。

Ang pahinang ito ay sadyang iniwan na blangko.





Saludable es para todos



801 Gateway Boulevard, Suite 100
South San Francisco, CA 94080

tel 800.750.4776 toll-free

tel 650.616.0050 local

fax 650.616.0060

tty 800.735.2929 or dial 7-1-1

www.hpsm.org