CareAdvantage by HealthPlan OF SAN MATEO

Resumen de Beneficios

CareAdvantage

Dual Eligible Special Needs Plan (HMO D-SNP)

H6019_SOB_2027_M

Last Updated 10/30/2026

SP

Nuestro Departamento de CareAdvantage está a su disposición para ayudarle

Llámenos al **1-866-880-0606** (número telefónico gratuito) o al **650-616-2174**. Miembros con dificultades auditivas: TTY **1-800-855-3000** o marque el **7-1-1.**

- El horario de nuestro centro de atención telefónica es de lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.
- El horario de oficina es de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.

Solicitud de impresión en caracteres grandes: Si desea un ejemplar de este manual en letra grande, por favor llame al Departamento de CareAdvantage.

Declaración de privacidad: Health Plan of San Mateo asegura la privacidad de su expediente médico. Si tiene alguna pregunta o desea obtener más información, por favor llame al Departamento de CareAdvantage.

Our CareAdvantage Unit Is Available to Help You

Call us at **1-866-880-0606** (toll free) or **650-616-2174.** Hearing Impaired: TTY **1-800-735-2929** or dial **7-1-1.**

- Call Center Hours are Monday through Sunday 8:00 a.m. to 8:00 p.m.
- Office Hours are Monday through Friday 8:00 a.m. to 5:00 p.m.

Large-print Request: If you would like a large-print copy of this book, please call the CareAdvantage Unit.

Privacy Statement: Health Plan of San Mateo ensures the privacy of your medical record. For questions and more information, please call the CareAdvantage Unit.

我們的 CareAdvantage Unit 為您提供協助

請撥打我們的電話**1-866-880-0606**(免費)或 **650-616-2174.** 有聽力障礙者: TTY **1-800-735-2929** 或撥 **7-1-1.**

- 電話中心服務時間是週一至週日上午8:00 至晚上 8:00。
- 辦公室的服務時間是週一至週五上午 8:00 至下午 5:00。

大字版需求: 若需要本手冊的大字版，請致電與 CareAdvantage Unit 聯絡。

隱私權聲明: 聖馬刁健康計劃 (HPSM) 致力保障您的病歷穩私權。如有疑問且需要更多資訊，請致電與 CareAdvantage Unit 聯絡。

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

Tawagan kami sa **1-866-880-0606** (walang bayad) o sa **650-616-2174**. May Kapansanan sa Pandinig: TTY **1-800-735-2929** o i-dial ang **7-1-1.**

- Bukas ang aming mga call center mula Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m.
- Bukas ang aming opisina mula Lunes hanggang Biyernes, 8:00 a.m. hanggang 5:00 p.m.

Humiling ng Libro na Malalaki ang Pagkakalimbag ng mga Letra: Kung gusto ninyong makakuha ng librong ito na malalaki ang mga letra sa pagkakalimbag, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage.

Pahayag sa Pagiging Pribadong ng Impormasyon: Tinitiyak ng Health Plan of San Mateo ang pagiging pribado ng inyong medikal na rekord. Para sa karagdagang katanungan at impormasyon, pakitawagan ang Mga Serbisyo para sa mga Miyembro.

CareAdvantage Dual Eligible Special Needs Plan (HMO D-SNP), un plan de Medicare Medi-Cal | Resumen de beneficios de 2027

Introducción

Este documento es un breve resumen de los beneficios y servicios cubiertos por CareAdvantage. Incluye respuestas a preguntas frecuentes, información de contacto importante, una descripción general de los beneficios y servicios que se ofrecen, e información sobre sus derechos como miembro de CareAdvantage. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo del *Manual del miembro*.

A. Descargos de responsabilidad 2

B. Preguntas frecuentes 9

C. Lista de servicios cubiertos 16

D. Beneficios cubiertos fuera de CareAdvantage 37

E. Servicios que CareAdvantage, Medicare y Medi-Cal no cubren 39

F. Sus derechos como miembro del plan 39

G. Cómo presentar una queja o apelación por un servicio negado, retrasado o modificado 42

H. Lo que debe hacer si sospecha fraude 43

A. Descargos de responsabilidad

Este es un resumen de los servicios de salud cubiertos por CareAdvantage en 2027. Este es únicamente un resumen. Por favor lea el *Manual del miembro* para ver la lista completa de los beneficios. *Si desea obtener un Manual del miembro, puede solicitarlo llamando al Departamento de CareAdvantage al número que aparece al final de esta página. También puede consultar el Manual del miembro en nuestro sitio web* www.hpsm.org/careadvantage *o descargarlo.*

- CareAdvantage Dual Eligible Special Needs Plan (D-SNP) es un plan de salud bajo contrato con Medicare y con Medi-Cal para proporcionar los beneficios de ambos programas a las personas inscritas. La inscripción en CareAdvantage depende de la renovación del contrato.

- Para obtener más información sobre **Medicare**, puede leer el manual *Medicare y Usted*. Incluye un resumen de los beneficios, derechos y protecciones que brinda Medicare, y respuestas a las preguntas más comunes sobre Medicare. Puede obtenerlo en el sitio web de Medicare (www.medicare.gov) o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Para obtener más información sobre **Medi-Cal**, puede visitar el sitio web del Departamento de Servicios de Atención Médica (Department of Healthcare Services, DHCS) de California (www.dhcs.ca.gov/) o llamar a la oficina del Oficial mediador y protector de los derechos de las personas (Ombudsman) de Medi-Cal al 1-888-452-8609, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m. También puede llamar al Oficial mediador y protector especial de los derechos de las personas que tienen tanto Medicare como Medi-Cal al 1-855-501-3077, de lunes a viernes, de 9 a. m. a 5 p. m.

Aviso 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 **1-866-880-0606** (TTY: **1-800-735-2929**). Aids and services for people with disabilities, like documents in braille and large print, are also available. Call **1-866-880-0606** (TTY: **1-800-735-2929**) These services are free of charge.

العربية (Arabic)

الانتباه: إذا احتجت إلى المساعدة بلغتك، فاتصل بـ **1-866-880-0606** (TTY: (**1-800-735-2929**). تتوفر أيضًا المساعدات والخدمات للأشخاص ذوي الإعاقة، مثل المستندات المكتوبة بطريقة بريل والخط الكبير. اتصل بـ **1-866-880-0606** (TTY: (**1-800-735-2929**). هذه الخدمات مجانية.

Հայերեն (Armenian)

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ: Եթե Ձեզ օգնություն է հարկավոր Ձեր լեզվով, զանգահարեք **1-866-880-0606** (TTY: **1-800-735-2929**): Կան նաև օժանդակ միջոցներ ու ծառայություններ հաշմանդամություն ունեցող անձանց համար, օրինակ՝ Բրայլի գրատիպով ու խոշորատառ տպագրված նյութեր: Զանգահարեք **1-866-880-0606** (TTY: **1-800-735-2929**): Այդ ծառայություններն անվճար են:

ខ្មែរ (Cambodian)

ចំណាំ៖ បើអ្នក ត្រូវ ការជំនួយ ជាភាសា របស់អ្នក សូម ទូរស័ព្ទទៅលេខ **1-866-880-0606** (TTY: **1-800-735-2929**)។ ជំនួយ និង សេវាកម្ម សម្រាប់ ជនពិការ ដូចជាឯកសារសរសេរ ជាអក្សរធំ សម្រាប់ជនពិការភ្នែក ឬឯកសារសរសេរជាអក្សរពុម្ពធំ ក៏អាចរកបានផងដែរ។ ទូរស័ព្ទមកលេខ **1-866-880-0606** (TTY: **1-800-735-2929**)។ សេវាកម្មទាំងនេះមិនគិតថ្លៃឡើយ។

中文 (Chinese)

请注意：如果您需要以您的母语提供帮助，请致电 **1-866-880-0606** (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 **1-866-880-0606** (TTY: **1-800-735-2929**)。这些服务都是免费的。

فارسی (Farsi)

توجه: اگر می‌خواهید به زبان خود کمک دریافت کنید، با **1-866-880-0606** (TTY: **1-800-735-2929**) تماس بگیرید. کمک‌ها و خدمات مخصوص افراد دارای معلولیت، مانند نسخه‌های خط بریل و چاپ با حروف بزرگ، نیز موجود است. با **1-866-880-0606** (TTY: **1-800-735-2929**) تماس بگیرید. این خدمات رایگان ارائه می‌شوند.

हिंदी (Hindi)

ध्यान दें: अगर आपको अपनी भाषा में सहायता की आवश्यकता है तो **1-866-880-0606** (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। **1-866-880-0606** (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 **1-866-880-0606** (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 **1-866-880-0606** (TTY: **1-800-735-2929**). Cov kev pab cuam no yog pab dawb xwb.

日本語 (Japanese)
注意日本語での対応が必要な場合は **1-866-880-0606** (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。 **1-866-880-0606** (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。**한국어**

(Korean)
유의사항: 귀하의 언어로 도움을 받고 싶으시면 **1-866-880-0606** (TTY: **1-800-735-2929**) 번으로 문의하십시오. 점자나 큰 활자로 된 문서와 같이 장애가 있는 분들을 위한 도움과 서비스도 이용 가능합니다. **1-866-880-0606** (TTY: **1-800-735-2929**) 번으로 문의하십시오. 이러한 서비스는 무료로 제공됩니다.

ພາສາລາວ (Laotian)
ປະກາດ:ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນພາສາຂອງທ່ານໃຫ້ໂທຫາເບີ **1-866-880-0606** (TTY: **1-800-735-2929**). ຍັງມີຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອແລະການບໍລິການສໍາລັບຄົນພິການ
ເຊັ່ນເອກະສານທີ່ເປັນອັກສອນນູນແລະມີໂຕພິມໃຫຍ່ ໃຫ້ໂທຫາເບີ **1-866-880-0606** (TTY: **1-800-735-2929**). ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ບໍ່ຕ້ອງເສຍຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃດໆ.

Mien
LONGC HNYOUV JANGX LONGX OC: Beiv taux meih qiemx longc mienh tengx faan benx meih nyei waac nor douc waac daaih lorx taux **1-866-880-0606** (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 hluo mbiutc aengx caux aamz mborqv benx domh sou se mbenc nzoih bun longc. Douc waac daaih lorx **1-866-880-0606** (TTY: **1-800-735-2929**). Naaiv deix nzie weih gong-bou jauv-louc se benx wang-henh tengx mv zuqc cuotv nyaanh oc.

ਪੰਜਾਬੀ (Punjabi)
ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ ਤਾਂ ਕਾਲ ਕਰੋ **1-866-880-0606** (TTY: **1-800-735-2929**). ਅਪਾਹਜ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਬ੍ਰੇਲ ਅਤੇ ਮੋਟੀ ਛਪਾਈ ਵਿੱਚ ਦਸਤਾਵੇਜ਼, ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ| ਕਾਲ ਕਰੋ **1-866-880-0606** (TTY: **1-800-735-2929**).ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਮੁਫਤ ਹਨ|

Русский (Russian)
ВНИМАНИЕ! Если вам нужна помощь на вашем родном языке, звоните по номеру **1-866-880-0606** (линия 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 **1-866-880-0606** (линия TTY: **1-800-735-2929**). Такие услуги предоставляются бесплатно.

Español (Spanish)

ATENCIÓN: si necesita ayuda en su idioma, llame al **1-866-880-0606** (TTY: **1-800-855-3000**). También ofrecemos asistencia y servicios para personas con discapacidades, como documentos en braille y con letras grandes. Llame al **1-866-880-0606** (TTY: **1-800-855-3000**). Estos servicios son gratuitos.

Tagalog (Filipino)

ATENSIYON: Kung kailangan mo ng tulong sa iyong wika, tumawag sa **1-866-880-0606** (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 **1-866-880-0606** (TTY: **1-800-735-2929**). Libre ang mga serbisyong ito.

ภาษาไทย (Thai)

โปรดทราบ: หากคุณต้องการความช่วยเหลือเป็นภาษาของคุณ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข 1-866-880-0606 (TTY: **1-800-735-2929**) **น อกจากนี้ ยังพร้อมให้ความช่วยเหลือและบริการต่าง ๆ สำหรับบุคคลที่มีความพิการ เช่น เอกสารต่าง ๆ ที่เป็นอักษรเบรลล์และเอกสารที่พิมพ์ด้วยตัวอักษรขนาดใหญ่ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข 1-866-880-0606** (TTY: **1-800-735-2929**) **ไม่มีค่าใช้จ่ายสำหรับบริการเหล่านี้**

Українська (Ukrainian)
УВАГА! Якщо вам потрібна допомога вашою рідною мовою, телефонуйте на номер **1-866-880-0606** (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 **1-866-880-0606** (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 **1-866-880-0606** (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 **1-866-880-0606** (TTY: **1-800-735-2929**). Các dịch vụ này đều miễn phí.

- Este documento está disponible en forma gratuita en inglés, español, chino y tagalo.
- Para obtener materiales en otro idioma que no sea inglés y/o en otro formato, tanto ahora como en el futuro, envíe un email a CareAdvantageSupport@hpsm.org o llame al Departamento de CareAdvantage al 1-866-880-0606, TTY 1-800-855-3000 o marque 7-1-1. De lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. O envíe una solicitud por escrito a:

  Health Plan of San Mateo
  Attn: CareAdvantage Unit
  801 Gateway Blvd, Suite 100
  South San Francisco, CA 94080

- Su idioma y formato preferidos se incluirán en su expediente para correspondencia futura, por lo que no necesita solicitarlos cada vez.
- Para efectuar cambios o cancelar sus preferencias, por favor póngase en contacto con el Departamento de CareAdvantage.
- Todos los materiales para los miembros están disponibles en línea en www.hpsm.org/member/resources.

B. Preguntas frecuentes

La siguiente tabla enumera las preguntas frecuentes.

Preguntas frecuentes	Respuestas
¿Qué es un Plan Medi-Medi?	Un Plan Medi-Medi es un plan de salud bajo contrato tanto con Medicare como con Medi-Cal para proporcionar los beneficios de ambos programas a las personas inscritas. Está dirigido a personas de 21 años o más. Un Plan Medi-Medi es una organización integrada por médicos, hospitales, farmacias, proveedores de servicios y apoyo a largo plazo (Long-term Services and Supports, LTSS) y otros proveedores. También cuenta con administradores de atención para ayudarle a coordinar todos sus proveedores, servicios y apoyos. Todos ellos colaboran entre sí para proporcionar el cuidado que usted necesita.
¿Recibiré los mismos beneficios de Medicare y Medi-Cal en CareAdvantage que recibo actualmente?	Usted recibirá la mayoría de sus beneficios cubiertos de Medicare y Medi-Cal directamente de CareAdvantage. Contará con un equipo de proveedores que le ayudará a determinar qué servicios pueden satisfacer mejor sus necesidades. Esto significa que algunos de los servicios que recibe ahora pueden cambiar según sus necesidades, y la evaluación por parte de su médico y su equipo de atención. También puede recibir otros beneficios fuera de su plan de salud, como los que recibe ahora, directamente de una agencia del estado o del condado, como Servicios de apoyo en el hogar (In-Home Supportive Services, IHSS), servicios especializados en trastornos de salud mental y por consumo de sustancias, o servicios en centros regionales. Al inscribirse en CareAdvantage, usted y su equipo de atención colaborarán para desarrollar un plan de atención para atender sus necesidades médicas y de apoyo que refleje sus objetivos y preferencias personales. Si está tomando algún medicamento de la Parte D de Medicare que CareAdvantage no cubre normalmente, puede obtener un suministro temporal y le ayudaremos a hacer la transición a otro medicamento u obtener una excepción para que CareAdvantage cubra su medicamento si es médicamente necesario. Para obtener más información, llame al Departamento de CareAdvantage a los números que aparecen al final de esta página.

Preguntas frecuentes	Respuestas
¿Puedo seguir viendo a los mismos médicos que veo ahora? **(continúa en la página siguiente)**	Ese suele ser el caso. Si sus proveedores (como médicos, hospitales, terapeutas, farmacias y otros proveedores de atención médica) colaboran con CareAdvantage y tienen contrato con nosotros, puede continuar viéndolos. • Los proveedores que tienen un acuerdo con nosotros están “dentro de la red”. Los proveedores dentro de la red participan en nuestro plan. Eso significa que aceptan miembros de nuestro plan y les brindan servicios que nuestro plan cubre. **Debe utilizar los proveedores de la red de CareAdvantage.** Si utiliza proveedores o farmacias que no están en nuestra red, el plan podría no pagar estos servicios o medicamentos. • Si necesita atención urgente o de emergencia, o servicios de diálisis fuera del área, puede utilizar los servicios de proveedores fuera del plan CareAdvantage. Si actualmente está en tratamiento con un proveedor que está fuera de la red de CareAdvantage o tiene una relación establecida con un proveedor que está fuera de la red de CareAdvantage, llame al Departamento de CareAdvantage para ver si debería mantenerse en contacto y solicitar continuidad de la atención. • Si nuestro plan es nuevo para usted, puede seguir utilizando los médicos que utiliza actualmente durante cierto periodo de tiempo, si no están en nuestra red. A esto le llamamos continuidad de la atención. Si sus médicos no forman parte de nuestra red de servicios, usted puede conservar a sus proveedores y las autorizaciones de servicio vigentes en el momento de inscribirse durante hasta 12 meses si se cumplen todas las condiciones siguientes: ○ Usted, su representante o su proveedor nos piden que le permitamos continuar viendo a su proveedor actual.

Preguntas frecuentes	Respuestas
¿Puedo seguir viendo a los mismos médicos que veo ahora? (continuación de la página anterior)	Determinamos que usted tiene una relación existente con un proveedor de atención primaria o de atención especializada, con algunas excepciones. Por “relación existente” nos referimos a que usted acudió a un proveedor fuera de la red al menos una vez en una visita que no fue de emergencia durante los 12 meses anteriores a la fecha de su inscripción inicial en nuestro plan. ○ Determinamos que hay una relación existente al analizar su información médica disponible o la información que usted nos da. ○ Tenemos 30 días para responder a su solicitud. Puede solicitarnos que tomemos una decisión más rápida y deberemos responder en 15 días. Si corre riesgo de sufrir daños, debemos responder en un plazo de 3 días. ○ Al hacer su solicitud, usted o su proveedor debe mostrar documentación de una relación existente y apegarse a ciertas condiciones. Nota: Solamente puede solicitar esto para servicios de equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME), transporte u otros servicios auxiliares no incluidos en nuestro plan. No puede solicitar esto para proveedores de DME, transporte u otros proveedores auxiliares. Después de que termine el periodo de continuidad de la atención, tendrá que acudir a médicos y otros proveedores de la red de CareAdvantage, a menos que lleguemos a un acuerdo con su médico que no pertenece a la red. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con el plan de salud. Consulte el Capítulo 1 del *Manual del miembro* de CareAdvantage para obtener más detalles. Para averiguar si sus médicos forman parte de la red del plan, llame al Departamento de CareAdvantage a los números que aparecen al final de esta página o bien lea el *Directorio de proveedores* de CareAdvantage en el sitio web del plan en www.hpsm.org/careadvantage. Si CareAdvantage es nuevo para usted, colaboraremos con usted para desarrollar un plan de atención que satisfaga sus necesidades.

Preguntas frecuentes	Respuestas
¿Qué es un administrador de atención de CareAdvantage?	Un administrador de atención de CareAdvantage es la persona principal con la que usted debe comunicarse. Esta persona le ayuda a coordinar todos sus proveedores y servicios, y se asegura de que usted reciba lo que necesita.
¿Qué son los servicios y apoyo a largo plazo (LTSS)?	Los servicios y apoyo a largo plazo (LTSS) son ayudas para las personas que necesitan asistencia para realizar las tareas cotidianas, tales como bañarse, ir al baño, vestirse, preparar los alimentos y tomar medicamentos. La mayoría de estos servicios son proporcionados en su hogar o en su comunidad, pero podrían brindarse en una residencia para personas mayores o en un hospital. En algunos casos, estos servicios pueden estar coordinados por un condado u otra agencia, y su administrador de atención o equipo de atención colaborarán con esa agencia.
¿Qué es un Programa de Propósitos Múltiples para Personas Mayores (MSSP)?	Un Programa de Propósitos Múltiples para Personas Mayores (Multipurpose Senior Services Program, MSSP) ofrece coordinación continua de la atención con proveedores de atención médica más allá de lo que su plan ya brinda y puede ponerlo en contacto con otros servicios y recursos comunitarios que necesite. Este programa le ayuda a conseguir servicios que lo ayuden a vivir de manera independiente en su hogar. El servicio de MSSP no está disponible en el Condado de San Mateo.
¿Qué sucede si necesito un servicio pero no hay nadie en la red de CareAdvantage que me lo pueda brindar?	La mayoría de los servicios serán proporcionados por nuestros proveedores de la red. Si necesita un servicio que no puede ser proporcionado dentro de nuestra red, CareAdvantage pagará el costo de un proveedor fuera de la red.
¿Dónde está disponible CareAdvantage?	El área de servicio de este plan incluye: Condado de San Mateo, California. Usted debe residir en esta área para inscribirse en el plan.

Preguntas frecuentes	Respuestas
¿Qué es la autorización previa?	Una autorización previa es una aprobación de CareAdvantage para buscar servicios fuera de nuestra red u obtener servicios que generalmente no están cubiertos por nuestra red **antes** de que usted reciba los servicios. Es posible que CareAdvantage no cubra el servicio, procedimiento, artículo o medicamento si usted no obtiene la autorización previa. **Si necesita atención urgente o de emergencia, o servicios de diálisis fuera del área, no necesita obtener primero la autorización previa.** CareAdvantage puede proporcionarle a usted o a su proveedor una lista de servicios o procedimientos que requieren que obtenga una autorización previa de CareAdvantage antes de que se preste el servicio. Si tiene alguna pregunta sobre si se necesita autorización previa para servicios, procedimientos, artículos o medicamentos específicos, llame al Departamento de CareAdvantage a los números que aparecen al final de esta página para obtener ayuda.
¿Qué es una referencia?	Una referencia significa que su proveedor de atención primaria (primary care provider, PCP) debe darle su aprobación para que usted pueda consultar a alguien que no es su PCP. Una referencia es distinto de una autorización previa. Si no recibe una referencia de su PCP, es posible que CareAdvantage no cubra los servicios. CareAdvantage puede darle una lista de servicios que requieren que obtenga una referencia de su PCP antes de que pueda recibir el servicio. Consulte el Capítulo 3, Sección D del *Manual del Miembro* para obtener más información sobre cuándo necesita una referencia de su PCP antes de recibir el servicio.
¿Pago una cantidad mensual (también llamada prima) con CareAdvantage?	No. Como tiene Medi-Cal, no tendrá que pagar ninguna prima mensual, incluida la prima de la Parte B de Medicare, por su cobertura de salud.

Preguntas frecuentes	Respuestas
¿Tengo que pagar un deducible como miembro de CareAdvantage?	No. Usted no paga deducibles con CareAdvantage.
¿Cuál es la cantidad máxima de costos de desembolso que pagaré por servicios médicos como miembro de CareAdvantage?	No hay costo compartido por servicios médicos en CareAdvantage, por lo que sus costos de desembolso anuales serán de $0.

C. Lista de servicios cubiertos

La siguiente tabla es un rápido repaso de los servicios que podría necesitar, sus costos y reglas acerca de los beneficios.

Problema o necesidad relacionada con la salud	Servicios que usted puede necesitar	Sus costos por proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre los beneficios (reglas sobre los beneficios)
Necesita atención hospitalaria	Hospitalización	$0	Nuestro plan cubre un número ilimitado de días de hospitalización. Excepto en una emergencia, su médico debe informar al plan que usted será admitido en el hospital.
	Atención del médico o cirujano	$0	Se requiere autorización previa (nivel de atención como paciente hospitalizado).
	Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios, incluida la observación	$0	Se puede requerir la autorización previa según el tipo de servicio/procedimiento.
	Servicios en un centro de cirugía para pacientes ambulatorios (Ambulatory surgical center, ASC)	$0	Se puede requerir la autorización previa según el tipo de servicio/procedimiento.
Desea ver a un médico (continúa en la página siguiente)	Visitas para tratar una lesión o enfermedad	$0	Se requiere autorización previa para algunos servicios.
	Atención especializada	$0	Se requiere una referencia de su proveedor de atención primaria (PCP).
	Visitas para examen médico de rutina, tal como un examen físico	$0	Una visita para examen médico de rutina, como un examen físico, cada 12 meses.

Problema o necesidad relacionada con la salud	Servicios que usted puede necesitar	Sus costos por proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre los beneficios (reglas sobre los beneficios)
Desea ver a un médico (continuación)	Atención para impedir que se enferme, tal como vacunas contra la gripe y pruebas de detección de cáncer	$0	Vacunas, incluidas las vacunas contra la gripe (una cada temporada de gripe en otoño e invierno), las vacunas contra la hepatitis B si tiene un riesgo alto o intermedio de contraer hepatitis B, la vacuna contra el COVID-19, las vacunas contra la neumonía y otras vacunas si usted tiene riesgo y cumplen con las reglas de cobertura de la Parte B de Medicare. Consulte el Capítulo 4 del Manual del miembro de CareAdvantage para obtener más detalles.
	Visita preventiva de “Bienvenida a Medicare" (solo una vez)	$0	Usted puede hacer una visita preventiva de "Bienvenida a Medicare" una vez en los primeros 12 meses que tiene la Parte B de Medicare. Cuándo pida la cita, dígale al consultorio del médico que quiere hacer una visita preventiva de "Bienvenida a Medicare".
Necesita atención de emergencia	Servicios de sala de emergencias	$0	Los servicios de la sala de emergencias están cubiertos dentro y fuera de la red sin autorización previa. Usted cuenta con cobertura para servicios de emergencia fuera de los Estados Unidos y sus territorios a través del programa mundial de atención y servicios de emergencia.
	Atención de urgencia	$0	La atención de urgencia está cubierta dentro y fuera de la red sin autorización previa. NO está cubierto por servicios de atención de urgencia recibidos fuera de Estados Unidos.

Problema o necesidad relacionada con la salud	Servicios que usted puede necesitar	Sus costos por proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre los beneficios (reglas sobre los beneficios)
Necesita exámenes médicos	Servicios radiológicos de diagnóstico (por ejemplo, radiografías u otros servicios de imágenes, tales como tomografías o resonancias magnéticas)	$0	Se requiere una referencia, excepto para las radiografías. Se necesita autorización previa para: • servicios radiológicos de diagnóstico (resonancias magnéticas, tomografías), • servicios de radiología terapéutica (como tratamiento de radiación para el cáncer),
	exámenes de laboratorio y procedimientos de diagnóstico, como análisis de sangre.	$0	Se requiere autorización previa para algunos servicios que se presten durante una estadía de paciente hospitalizado no cubierta.
Necesita servicios de audiología/para la audición	Exámenes de audición	$0	Se requiere una referencia.
	Aparatos auditivos	$0	Se requiere una referencia. Se requiere autorización previa. El beneficio de aparatos auditivos es de $1,510 por año fiscal (del 1.° de julio al 30 de junio) para ambos oídos, e incluye moldes, suministros de modificación y accesorios.
Necesita atención dental (continúa en la página siguiente)	Exámenes dentales y atención preventiva	$0	Los servicios que están cubiertos por el Programa HPSM Dental no se le pueden cobrar a usted. Sin embargo, usted es responsable de pagar la cantidad que le corresponde de costos compartidos, si corresponde. También es responsable de pagar los servicios no cubiertos por su plan o por el Programa HPSM Dental. Para obtener más información, consulte el Capítulo 4 del Manual del miembro de CareAdvantage o visite www.hpsm.org/dental.

Problema o necesidad relacionada con la salud	Servicios que usted puede necesitar	Sus costos por proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre los beneficios (reglas sobre los beneficios)
Necesita atención dental (continuación)	Atención dental restauradora y de emergencia	$0	Los servicios que están cubiertos por el Programa HPSM Dental no se le pueden cobrar a usted. Sin embargo, usted es responsable de pagar la cantidad que le corresponde de costos compartidos, si corresponde. También es responsable de pagar los servicios no cubiertos por su plan o por el Programa HPSM Dental. Para obtener más información, consulte el Capítulo 4 del Manual del miembro de CareAdvantage o visite www.hpsm.org/dental.
Necesita atención de la vista	Exámenes de la vista	$0	Examen para diagnosticar y tratar enfermedades de los ojos (incluye examen anual de detección de glaucoma) Examen de la vista de rutina (hasta 1 al año)
	Anteojos o lentes de contacto	$0	Hasta $175 cada año para • anteojos (monturas y lentes) o lentes de contacto
	Otros servicios de atención de la vista	$0	

Problema o necesidad relacionada con la salud	Servicios que usted puede necesitar	Sus costos por proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre los beneficios (reglas sobre los beneficios)
Necesita servicios de salud mental (continúa en la página siguiente)	Servicios de salud mental	$0	HPSM y Servicios de recuperación y salud conductual (Behavioral Health and Recovery Services, BHRS) del Condado de San Mateo ofrecen servicios de salud mental, según los síntomas y las necesidades de cada persona. Puede llamar al Centro de atención telefónica ACCESS de BHRS al 1-800-686-0101 (para TTY marque 7-1-1) para obtener más información. Para ponerse en contacto con los proveedores y servicios apropiados, los miembros deben llamar al Centro de atención telefónica ACCESS (BHRS). Estos servicios incluyen: • terapia ambulatoria, • apoyo para medicamentos, • servicios del programa de hospitalización parcial, • servicios residenciales, • servicios de crisis. Se puede requerir una autorización previa para algunos servicios.

Problema o necesidad relacionada con la salud	Servicios que usted puede necesitar	Sus costos por proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre los beneficios (reglas sobre los beneficios)
Necesita servicios de salud mental (continuación)	Atención para pacientes hospitalizados y ambulatorios y servicios basados en la comunidad para personas que necesitan servicios de salud mental	$0	Se puede requerir una autorización previa para algunos servicios. Nuestro plan cubre hasta 190 días para atención de salud mental como paciente hospitalizado en un hospital psiquiátrico. El límite de atención para pacientes hospitalizados no se aplica a los servicios de salud mental que se presten en un hospital general. Después de 190 días, la agencia local de salud mental del Condado coordinará la autorización y el pago de los servicios psiquiátricos para pacientes hospitalizados. Puede llamar al Centro de atención telefónica ACCESS de BHRS al 1-800-686-0101 (para TTY marque 7-1-1) para obtener más información.
Necesita servicios para trastornos por consumo de sustancias	Servicios para trastornos por consumo de sustancias	$0	Los servicios para el consumo de sustancias se proporcionan a través de los Servicios de recuperación y salud conductual (BHRS) del Condado de San Mateo. Puede llamar al Centro de atención telefónica ACCESS de BHRS al 1-800-686-0101 (para TTY marque 7-1-1) para obtener más información.

Problema o necesidad relacionada con la salud	Servicios que usted puede necesitar	Sus costos por proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre los beneficios (reglas sobre los beneficios)
Necesita un lugar para vivir con personas que puedan ayudarle	Atención de enfermería especializada	$0	Se requiere autorización previa. Nuestro plan cubre un número ilimitado de días en un centro de atención especializada de enfermería (skilled nursing facility, SNF).
	Atención en una residencia para personas mayores	$0	Se requiere una referencia. Se requiere la autorización de su PCP si usted permanece hospitalizado menos de 3 días antes de ingresar a un SNF.
	Cuidados de tutela para adultos y cuidados de tutela para adultos en grupo	$0	
Necesita terapia después de un derrame cerebral o un accidente	Terapia ocupacional, física o del habla	$0	Se requiere una referencia. Se requiere autorización previa. El beneficiario debe cumplir con los criterios de elegibilidad para recibir terapia ocupacional, física o del habla que no sea de Medicare.
Necesita ayuda para trasladarse a los servicios de salud (continúa en la página siguiente)	Servicios de ambulancia	$0	En caso de emergencia, llame al 9-1-1.
	Transporte en casos de emergencia	$0	En caso de emergencia, llame al 9-1-1.
	Transporte a citas y servicios médicos	$0	Transporte no médico (Non-Medical Transportation, NMT). Este beneficio permite el

Problema o necesidad relacionada con la salud	Servicios que usted puede necesitar	Sus costos por proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre los beneficios (reglas sobre los beneficios)
Necesita ayuda para trasladarse a los servicios de salud (continuación)			transporte a los servicios médicos cubiertos en auto de pasajeros, taxi, u otros medios de transporte público/privado. $0 de copago por el traslado para un servicio cubierto. Tenemos contrato con American Logistics (AL) para ofrecer este servicio. Para programar un traslado, llame a AL al 1-877-356-1080, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., al menos dos (2) días hábiles antes de su cita. Para citas urgentes, llame tan pronto como sea posible. Se aplican limitaciones.
Necesita medicamentos para tratar su enfermedad o condición médica (continúa en la página siguiente)	Medicamentos de la Parte B de Medicare	$0	Los medicamentos de la Parte B incluyen aquellos suministrados por su médico en el consultorio, algunos medicamentos orales para el cáncer y algunos medicamentos utilizados con cierto equipo médico. Lea el Manual del miembro para obtener más información sobre estos medicamentos.

Problema o necesidad relacionada con la salud	Servicios que usted puede necesitar	Sus costos por proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre los beneficios (reglas sobre los beneficios)
Necesita medicamentos para tratar su enfermedad o condición médica (continuación)	Medicamentos de la Parte D de Medicare Nivel 1: Medicamentos genéricos Nivel 2: Medicamentos de marca	Nivel 1: $0, $1.65 y $5.80 por un suministro de *30 días*. Nivel 2: $0, $5.00 y $14.40 por un suministro de *30 días*. Los copagos de los medicamentos pueden variar dependiendo del nivel de Ayuda adicional que usted reciba. Por favor, comuníquese con el plan para obtener más detalles.	Puede haber limitaciones sobre los tipos de medicamentos cubiertos. Por favor consulte la *Lista de medicamentos cubiertos* (*Lista de medicamentos*) de CareAdvantage para obtener más información. Una vez que usted u otras personas en su nombre paguen $2,400, usted habrá alcanzado la etapa de cobertura catastrófica y pagará $0 por todos sus medicamentos de Medicare. Lea el *Manual del miembro* para obtener más información sobre esta etapa. En la mayoría de los casos, a menos que se especifique otra cosa en la *Lista de medicamentos cubiertos* (*Lista de medicamentos* o *Lista de medicamentos aprobados*) de CareAdvantage, usted puede obtener un suministro extendido (90 días) de los medicamentos cubiertos en cualquier farmacia minorista de la red o de pedidos por correo. Su copago por un suministro extendido es el mismo que el correspondiente al de un mes (30 días). Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo alguno para usted.

Problema o necesidad relacionada con la salud	Servicios que usted puede necesitar	Sus costos por proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre los beneficios (reglas sobre los beneficios)
Necesita medicamentos para tratar su enfermedad o condición médica (continúa)	Medicamentos que no requieren receta médica (Over-the-counter, OTC)	$0	Puede haber limitaciones sobre los tipos de medicamentos cubiertos. Por favor consulte la *Lista de medicamentos cubiertos* (*Lista de medicamentos*) de CareAdvantage para obtener más información. También cubrimos medicamentos sin receta médica a través de nuestro programa OTC+. Por favor, consulte la sección *Servicios adicionales* para obtener más detalles.
Necesita ayuda para recuperarse o tiene otras necesidades especiales de atención médica (continúa en la página siguiente)	Servicios de rehabilitación	$0	Se requiere autorización previa.
	Equipos médicos para la atención en el hogar	$0	Nuestro plan tiene proveedores y fabricantes preferentes de equipo médico duradero (DME). Comuníquese con el Departamento de CareAdvantage para obtener más información. Se requiere una referencia. Se requiere autorización previa.

Problema o necesidad relacionada con la salud	Servicios que usted puede necesitar	Sus costos por proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre los beneficios (reglas sobre los beneficios)
Necesita ayuda para recuperarse o tiene otras necesidades especiales de atención médica (continuación)	Servicios de diálisis	$0	Tratamiento de diálisis como paciente ambulatorio, lo que incluye servicios de diálisis cuando se encuentre temporalmente fuera del área de servicio del plan o cuando su proveedor no esté disponible o esté inaccesible temporalmente. Usted puede obtener estos servicios en un centro de diálisis certificado por Medicare.
Necesita atención de los pies	Servicios de podiatría	$0	Diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de las lesiones y enfermedades de los pies (tales como dedo en martillo o espolones). Cuidado rutinario de los pies para miembros con ciertas condiciones médicas que afectan a las piernas, tal como la diabetes.
	Servicios de ortopedia	$0	Los aparatos ortopédicos están cubiertos cuando son médicamente necesarios. Se puede requerir una autorización previa. La cobertura se basa en las normas de Medicare

Problema o necesidad relacionada con la salud	Servicios que usted puede necesitar	Sus costos por proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre los beneficios (reglas sobre los beneficios)
Necesita equipo médico duradero (DME) **Nota: Esta no es una lista completa del DME cubierto. Para obtener una lista completa, póngase en contacto con el Departamento de CareAdvantage o consulte el Capítulo 4 de *Manual del miembro*.**	Sillas de rueda, muletas y andadores	$0	Nuestro plan tiene proveedores y fabricantes preferentes de equipo médico duradero (DME). Comuníquese con el Departamento de CareAdvantage para obtener más información. Se requiere una referencia para el DME que se utilice fuera del hogar. Se requiere autorización previa
	Nebulizadores	$0	Nuestro plan tiene proveedores y fabricantes preferentes de equipo médico duradero (DME). Comuníquese con el Departamento de CareAdvantage para obtener más información. Se requiere una referencia para el DME que se utilice fuera del hogar. Se requiere autorización previa.
	Equipos de oxígeno y suministros	$0	Nuestro plan tiene proveedores y fabricantes preferentes de equipo médico duradero (DME). Comuníquese con el Departamento de CareAdvantage para obtener más información. Se requiere una referencia para el DME que se utilice fuera del hogar. Se requiere autorización previa.

Problema o necesidad relacionada con la salud	Servicios que usted puede necesitar	Sus costos por proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre los beneficios (reglas sobre los beneficios)
Necesita ayuda para continuar viviendo en su casa (continúa en la página siguiente)	Servicios de salud en el hogar	$0	Se requiere una referencia. Se requiere autorización previa. Solo quienes están en el programa Servicios comunitarios para adultos (Community-Based Adult Services CBAS) son elegibles para visitas de atención en el hogar cubiertas por Medicare para los siguientes servicios.
Necesita ayuda para continuar viviendo en su casa (continúa en la página siguiente)			El beneficiario debe tener 18 años o más y cumplir con el nivel de atención de los centros de enfermería: • horas de atención adicionales, servicios de atención personal.

Problema o necesidad relacionada con la salud	Servicios que usted puede necesitar	Sus costos por proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre los beneficios (reglas sobre los beneficios)
Necesita ayuda para continuar viviendo en su casa (continuación)	Servicios en el hogar, como limpieza o tareas domésticas, o algunas modificaciones como barras de sujeción	$0	Los Servicios de apoyo en el hogar (IHSS) se proporcionan a través de los Servicios para adultos mayores y personas con discapacidad del Condado de San Mateo. Llame a la Línea de colaboración para el apoyo de adultos mayores (Teamwork Insuring Elderly Support, TIES) de Servicios para adultos mayores y personas con discapacidad al 1-844-868-0938 o marque 7-1-1 para comunicarse con el Servicio de retransmisión de mensajes de California TTY. Un trabajador social le devolverá la llamada para programar una visita a su hogar con el fin de determinar si usted reúne los requisitos y si necesita los servicios de IHSS. Las Adaptaciones de Accesibilidad Ambiental de Servicios de apoyos comunitarios pueden ayudar a proporcionar cambios físicos o la instalación de equipo, como barras de sujeción, dentro de su hogar que le ayudan a mejorar sus actividades diarias y garantizar su seguridad. Comuníquese con el Departamento de CareAdvantage para obtener más información o visite el sitio web de HPSM: https://www.hpsm.org/member/medi-cal/benefits/community-supports

Problema o necesidad relacionada con la salud	Servicios que usted puede necesitar	Sus costos por proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre los beneficios (reglas sobre los beneficios)
Necesita ayuda para continuar viviendo en su casa (continuación)	Atención médica diurna para adultos, Servicios comunitarios para adultos (CBAS), u otros servicios de apoyo	$0	Se requiere autorización previa. Los requisitos para recibir Servicios comunitarios para adultos (CBAS), anteriormente conocidos como Atención Médica Diurna para Adultos (Adult Day Health Care, ADHC, se determinan mediante una evaluación. Los CBAS son un beneficio de atención administrada, por lo que HPSM los cubre.
	Servicios de habilitación cotidiana	$0	Nota: Si no hay un centro de CBAS disponible, HPSM puede explorar centros o servicios alternativos que satisfagan sus necesidades.
	Son servicios para ayudarle a vivir de forma autónoma (servicios de atención médica en el hogar o de asistente personal)	$0	
Servicios adicionales (continúa en la página siguiente)	Servicios quiroprácticos	$0	Se limita al tratamiento de la columna vertebral mediante manipulación manual y se limita a 24 visitas. Cubre: • menores de 21 años; • adultos que reciben estos servicios en la clínica para pacientes ambulatorios de un hospital; • embarazadas si la condición médica complica el embarazo;

Problema o necesidad relacionada con la salud	Servicios que usted puede necesitar	Sus costos por proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre los beneficios (reglas sobre los beneficios)
Servicios adicionales (continuación)			• residentes de un centro de enfermería o un centro de atención intermedia. Lea el Capítulo 4 del Manual del miembro para obtener más información
	Beneficio de viaje de emergencia	$0	Mientras esté de viaje fuera de los Estados Unidos por un período de 6 meses o menos, tendrá cobertura de hasta $25,000 por atención y transporte de emergencia. Los servicios solo están cubiertos cuando: • Su vida o sus funciones físicas se verían en riesgo sin recibir atención inmediata. • Un profesional de atención médica le provee tratamiento en un centro de atención médica (no es necesario que sea un hospital). • Después de recibir atención, envíe un comprobante de pago y los expedientes médicos junto con un Formulario de reembolso directo al miembro (Direct Member Reimbursement, DMR) para que se evalúe el reclamo. Para obtener más información, llame al Departamento de CareAdvantage al número que se indica a continuación o visite www.hpsm.org/careadvantage.

Problema o necesidad relacionada con la salud	Servicios que usted puede necesitar	Sus costos por proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre los beneficios (reglas sobre los beneficios)
Servicios adicionales (continuación)	Programa de Membresía de Fitness	$0	CareAdvantage cubre la membresía de YMCA sin costo alguno para usted. La membresía incluye acceso a: • **Centros de YMCA** en los condados de San Mateo y Santa Clara y en San Francisco. Los centros pueden incluir equipo de ejercicio, canchas de baloncesto, espacios de fitness interiores o exteriores y piscinas interiores o exteriores. • **Más de 600 clases de ejercicio en grupo** dirigidas por instructores certificados en yoga, Pilates, Zumba, ciclismo, fitness acuático y mucho más. Es posible que algunos centros ofrezcan clases en línea. • **Asesoramiento en bienestar** para ayudarle a cumplir sus metas de salud. Es posible que algunos centros ofrezcan opciones de asesoramiento en línea. **Puede obtener su membresía de YMCA de dos maneras:** • Visite un centro de YMCA cercano y muestre su tarjeta de identificación de miembro de HPSM CareAdvantage.

Problema o necesidad relacionada con la salud	Servicios que usted puede necesitar	Sus costos por proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre los beneficios (reglas sobre los beneficios)
Servicios adicionales (continuación)			• Inscríbase en línea visitando www.hpsm.org/fitness. Elija un centro de YMCA cercano de la lista, haga clic en "enroll today" (Inscríbase hoy) y completa el formulario de solicitud. **Traslados del Programa de Membresía de Fitness** Los miembros de CareAdvantage inscritos en el Programa de Membresía de Fitness pueden obtener 12 viajes de ida o vuelta al mes a los gimnasios de YMCA. Cada traslado solo puede cubrir el trayecto de ida o vuelta del centro de YMCA seleccionado. Los usuarios deben seguir todas las reglas del Beneficio de traslados de HPSM. Vea la sección de Transporte: Transporte no médico, para conocer las reglas del beneficio. Tenemos contrato con American Logistics (AL) para ofrecer este servicio. Para solicitar un traslado, llame a AL al 1-877-356-1080, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., al menos 2 días hábiles antes.

Problema o necesidad relacionada con la salud	Servicios que usted puede necesitar	Sus costos por proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre los beneficios (reglas sobre los beneficios)
Servicios adicionales (continuación)	Healthy Foods/comestibles	$0	Cubrimos algunos productos alimenticios a través de nuestro programa de alimentos saludables Healthy Foods sin costo alguno para usted. Recibirá una asignación o límite de gastos por trimestre para comprar artículos alimenticios en tiendas minoristas, o a través del sitio web de nuestro proveedor.
	Dispositivo de alerta médica	$0	Este beneficio cubrirá un dispositivo de alerta médica personal y el monitoreo mensual.
Servicios adicionales (continuación)	Artículos que no requieren receta médica (OTC)	$0	Cubrimos algunos productos que no requieren receta médica (OTC) a través de nuestro programa OTC+ sin costo alguno para usted. Recibirá una asignación o límite Cubrimos algunos productos que no requieren receta médica (OTC) a través de nuestro programa OTC+ sin costo alguno para usted. Recibirá una asignación o límite de gastos por trimestre para comprar artículos y suministros que no requieren receta médica en tiendas minoristas, a través del catálogo de venta por correo de productos que no requieren receta médica o en el sitio web de nuestro proveedor. Este beneficio entra en vigor el primer día de cada trimestre: el 1.° de enero, el 1.° de abril, el 1.° de julio y el 1.° de octubre. Cualquier parte de la asignación no utilizada de

Problema o necesidad relacionada con la salud	Servicios que usted puede necesitar	Sus costos por proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre los beneficios (reglas sobre los beneficios)
Servicios adicionales (continuación)			la tarjeta no se transferirá al próximo período de tres meses. Puede utilizar este beneficio para obtener artículos como acetaminofeno, vendas, medicamentos para el resfriado o la tos y otros productos que cumplen los requisitos incluidos en el catálogo de venta por correo, el sitio web de nuestro proveedor o en tiendas minoristas (lo que se basa en la lista aprobada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid [Center for Medicare and Medicaid Services, CMS]). • **Asignación trimestral de $37** Los artículos deben formar parte de la lista de productos que no requieren receta médica (OTC) aprobados autorizada por CMS.

Problema o necesidad relacionada con la salud	Servicios que usted puede necesitar	Sus costos por proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre los beneficios (reglas sobre los beneficios)
Servicios adicionales (continuación)	Suministros y servicios para la diabetes	$0	Se requiere autorización previa si los suministros no figuran en la lista de medicamentos aprobados. Incluyen: • suministros para el control de la diabetes y • zapatos o plantillas terapéuticos. Nuestro plan limita los suministros para personas diabéticas y servicios para la diabetes a fabricantes específicos. Comuníquese con el plan para obtener más información.
	Servicios relacionados con prótesis	$0	
	Radioterapia	$0	Se puede requerir la autorización previa según el tipo de servicio/procedimiento.
	Servicios para ayudar a controlar su enfermedad	$0	Incluye capacitación para el autocontrol de la diabetes.
	Administración de Atención Integrada de California (California Integrated Care Management, CICM)	$0	Servicios de administración de atención integrados y completos para miembros vulnerables que cumplen con los criterios para las poblaciones de CICM. Los miembros pueden ponerse en contacto con Administración de Atención Integrada de HPSM para ver si reúnen los requisitos llamando al **650-616- 2060** de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.

Problema o necesidad relacionada con la salud	Servicios que usted puede necesitar	Sus costos por proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre los beneficios (reglas sobre los beneficios)
			(Los usuarios de TTY deben llamar al **1-800-855-3000** o marcar 7-**1-1**). También puede enviar un correo electrónico a CareCoordinationRequests@hpsm.org

El resumen de beneficios anterior se proporciona solo con fines de información y no constituye una lista completa de los beneficios. Para obtener una lista completa y más información sobre sus beneficios, puede leer el *Manual del miembro* de CareAdvantage. Si no tiene un *Manual del miembro*, llame al Departamento de CareAdvantage a los números que aparecen al final de esta página para obtener uno. Si tiene alguna pregunta, también puede llamar al Departamento de CareAdvantage o visitar www.hpsm.org/careadvantage.

D. Beneficios cubiertos fuera de CareAdvantage

Hay algunos servicios que puede recibir que no están cubiertos por CareAdvantage pero sí están cubiertos por Medicare, Medi-Cal o una agencia estatal o del condado. Esta no es una lista completa. Llame al Departamento de CareAdvantage a los números que aparecen al final de esta página para obtener más información sobre estos servicios.

Otros servicios cubiertos por Medicare, Medi-Cal o una agencia estatal	Sus costos
Servicios dentales determinados https://dental.dhcs.ca.gov/Contact_Us/DMC_Member_Contact_Information/DMCMemberContactInformation Servicios dentales en el Condado de San Mateo a través de Health Plan of San Mateo (HPSM). • Miembros de HPSM Medi-Cal – llamen al (800) 750-4776 o al (650) 616-2133 o TTY: 1-800-855-3000 o marque 7-1-1 Para Medi-Cal Dental Fee-for-Service, comuníquese con Medi-Cal Dental al 1-800-322-6384 o visite el sitio web en www.smilecalifornia.org or www.sonriecalifornia.org.	$0
Ciertos servicios de atención de pacientes terminales cubiertos fuera de CareAdvantage	$0
Rehabilitación psicosocial	$0
Administración de casos específicos	$0
Habitación y alimentación en casa de reposo	$0
Medicamentos cubiertos por Medi-Cal Rx	$0
Servicios de apoyo en el hogar (IHSS) Los Servicios de apoyo en el hogar (IHSS) se proporcionan a través de los Servicios para adultos mayores y personas con discapacidad del Condado de San Mateo. Llame a la Línea de colaboración para el apoyo de adultos mayores (Teamwork Insuring Elderly Support, TIES) de Servicios para adultos mayores y personas con discapacidad al 1-844-868-0938 o marque 7-1-1 para comunicarse con el Servicio de retransmisión de mensajes de California TTY. Un trabajador social le devolverá la llamada para programar una visita a su hogar con el fin de determinar si usted reúne los requisitos y si necesita los servicios de IHSS.	$0

Otros servicios cubiertos por Medicare, Medi-Cal o una agencia estatal	Sus costos
Servicios especializados en trastornos de salud mental y por consumo de sustancias	$0
Exención de asistencia para la vida diaria (Assisted living waiver, ALW)	$0
Servicios de centros regionales	$0

E. Servicios que CareAdvantage, Medicare y Medi-Cal no cubren

Esta no es una lista completa. Llame al Departamento de CareAdvantage a los números que aparecen al final de esta página para obtener más información sobre otros servicios excluidos.

Servicios que CareAdvantage, Medicare y Medi-Cal no cubren	
Atención de enfermería de tiempo completo en su hogar	Este plan no cubre la atención de enfermería de tiempo completo en su hogar.
Queratotomía radial, cirugía LASIK, terapia de la vista y otras ayudas para baja visión	Este plan no cubre queratotomía radial, cirugía LASIK, terapia de la vista.
Servicios de naturopatía (uso de tratamientos naturales o alternativos)	Este plan no cubre servicios de naturopatía.
Cirugía cosmética	Este plan no cubre la cirugía cosmética.
Servicios no médicamente necesarios	Este plan no cubre servicios no médicamente necesarios

F. Sus derechos como miembro del plan

Como miembro de CareAdvantage, usted tiene ciertos derechos. Puede ejercer estos derechos sin recibir ningún tipo de penalización. También puede utilizar estos derechos sin perder sus servicios de atención médica. Le informaremos acerca de sus derechos por lo menos una vez al año. Para obtener más información sobre sus derechos, por favor lea el *Manual del miembro*. Sus derechos incluyen, entre otros, los siguientes:

- **Usted tiene derecho a que lo traten con respeto, equidad y dignidad.** Esto incluye el derecho a:
  - Recibir los servicios cubiertos sin importar su condición médica, estado de salud, recepción de servicios de atención, experiencia con reclamos, historial médico, discapacidad (lo que incluye una deficiencia o un trastorno mental), estado civil, edad, sexo, orientación sexual, origen nacional, raza, color, religión, credo o asistencia pública.
  - Obtener información en otros idiomas y formatos (por ejemplo, letra grande, Braille o audio) sin cargo.
  - Estar libre de cualquier forma de restricción o reclusión física.
- **Usted tiene derecho a obtener información sobre su atención médica.** Esto incluye información sobre el tratamiento y las opciones de tratamiento. Esta información debe estar en un idioma y formato que puede comprender. Esto incluye el derecho a recibir información sobre:
  - la descripción de los servicios que cubrimos;
  - cómo obtener los servicios;
  - cuánto le costarán los servicios;
  - nombres de los proveedores de atención médica.
- **Usted tiene derecho a tomar decisiones sobre su atención, lo cual incluye rechazar el tratamiento.** Esto incluye el derecho a:
  - Elegir un proveedor de atención primaria (PCP) y cambiarlo en cualquier momento durante el año.
  - Acudir a un profesional de la salud de la mujer sin una referencia.
  - Obtener sus servicios y medicamentos cubiertos rápidamente.
  - Conocer todas las opciones de tratamiento, independientemente del costo o de si están cubiertas.
  - Rechazar un tratamiento, incluso si el proveedor de atención médica le aconseja no rechazarlo.
  - Dejar de usar un medicamento, incluso si el proveedor de atención médica le aconseja no hacerlo.
  - Pedir una segunda opinión. CareAdvantage pagará el costo de la visita para obtener una segunda opinión.
  - Dar a conocer sus deseos con respecto a su atención médica en instrucciones anticipadas.
- **Tiene derecho a obtener el acceso oportuno a la atención médica sin barreras de comunicación ni de acceso físico.** Esto incluye el derecho a:

- Obtener atención médica de manera oportuna.
- Entrar y salir del consultorio del proveedor de atención médica sin obstáculos. Esto significa un acceso libre de barreras para las personas con discapacidades, conforme a la Ley de Estadounidenses con Discapacidades.
- Contar con intérpretes para que le ayuden a comunicarse con sus proveedores de atención médica y su plan de salud.

- **Usted tiene derecho a recibir atención de emergencia o de urgencia cuando la necesite.** Esto significa que tiene derecho a:
  - Recibir servicios de emergencia sin autorización previa en una emergencia.
  - Acudir a un proveedor de atención de urgencia o de emergencia fuera de la red, cuando sea necesario.

- **Usted tiene derecho a la confidencialidad y la privacidad.** Esto incluye el derecho a:
  - Solicitar y recibir una copia de su expediente médico de una manera que lo pueda comprender, y solicitar que su expediente sea modificado o corregido.
  - Que su información personal de salud permanezca confidencial.

- **Tiene derecho a presentar una queja o apelación por un servicio negado, retrasado o modificado; consulte la sección G a continuación.** Esto incluye el derecho a:
  - Presentar una queja o una reclamación contra nosotros o nuestros proveedores.
  - Apelar ciertas decisiones tomadas por nosotros o nuestros proveedores.
  - Presentar una queja ante el Departamento de Atención Médica Administrada de California (California Department of Managed Health Care, DMHC) llamando al número sin costo (1-888-466-2219), o a una línea TDD (1-877-688-9891) para personas con discapacidades auditivas y del habla. El sitio web de DMHC (www.dmhc.ca.gov/) cuenta con formularios de queja, formularios de solicitud de evaluación médica independiente (Independent Medical Review, IMR) e instrucciones disponibles en línea.
  - Solicitar una IMR de los servicios de Medi-Cal o de artículos de naturaleza médica al DMHC.
  - Solicitar una audiencia estatal.
  - Recibir en forma detallada cuál fue la razón por la que le negaron los servicios y solicitar copias gratuitas de toda la información utilizada para tomar la decisión.

Para obtener más información acerca de sus derechos, puede leer el *Manual del miembro*. Si tiene alguna pregunta, puede llamar al Departamento de CareAdvantage a los números que aparecen al final de esta página.

También puede llamar al Oficial mediador y protector de los derechos de las personas que tienen tanto Medicare como Medi-Cal al 1-855-501-3077, de lunes a viernes, de 9 a. m. a 5 p. m., o a la oficina del Oficial mediador y protector de los derechos de las personas de Medi-Cal al 1-888-452-8609, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m.

G. Cómo presentar una queja o apelación por un servicio negado, retrasado o modificado

Si tiene alguna queja o considera que CareAdvantage ha negado, retrasado o modificado indebidamente un servicio, llame al Departamento de CareAdvantage a los números que aparecen al final de esta página. También puede presentar una queja por escrito a 801 Gateway Blvd., Suite 100, South San Francisco, CA 94080 o visite grievance.hpsm.org. Es posible que pueda apelar nuestra decisión.

Si tiene alguna pregunta acerca de quejas y apelaciones, puede leer el **Capítulo 9** del *Manual del miembro*. También puede llamar al Departamento de CareAdvantage a los números que aparecen al final de esta página.

En caso de quejas, reclamaciones y apelaciones, puede ponerse en contacto con nosotros por:

Teléfono: 1-866-880-0606, TTY: 1-800-855-3000 o marque 7-1-1
Fax: 1-650-616-2190
En línea: grievance.hpsm.org
Correo postal: Grievance and Appeals Unit
Health Plan of San Mateo
801 Gateway Blvd, Suite 100
South San Francisco, CA 94080

Ayuda del Departamento de Atención Médica Administrada de California

El Departamento de Atención Médica Administrada de California es responsable de reglamentar los planes de servicio de atención médica. Si tiene alguna reclamación contra su plan de salud, deberá llamar primero a su plan de salud al **1-866-880-0606**, **TTY 1-800-855-3000 o marque 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). Si usted reúne los requisitos para una IMR, el proceso de la IMR le proporcionará una evaluación imparcial de las decisiones médicas tomadas por un plan de salud relacionadas con la 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 sin costo **1-888-466-2219** y una línea TDD **1-877-688-9891** para personas con discapacidades auditivas y del habla. En el sitio web del departamento **www.dmhc.ca.gov** podrá encontrar formularios de reclamaciones, formularios de solicitud para una IMR e instrucciones en línea.

H. Lo que debe hacer si sospecha fraude

La mayoría de los profesionales y organizaciones de la salud que brindan servicios son honestos. Lamentablemente, es posible que haya algunos deshonestos.

Si considera que un médico, hospital o farmacia está haciendo algo incorrecto, póngase en contacto con nosotros.

- Llámenos a CareAdvantage, el Departamento de CareAdvantage. Los números telefónicos figuran al final de esta página.
- O bien, llame al Centro de Servicio al Cliente de Medi-Cal al 1-800-541-5555. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-430-7077.
- También puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números de forma gratuita.

Si tiene preguntas generales o sobre nuestro plan, servicios, área de servicio, facturación o las tarjetas de identificación de miembro, llame al Departamento de CareAdvantage:
1-866-880-0606
Las llamadas a este número son gratuitas. De lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.
CareAdvantage también cuenta con servicios gratuitos de interpretación para las personas que no hablan inglés.
TTY 1-800-855-3000 o marque 7-1-1.
Este número requiere de equipo telefónico especial y es únicamente para aquellas personas que tienen dificultades para oír o hablar.
Las llamadas a este número son gratuitas. De lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.

Si tiene alguna pregunta sobre su salud:
Llame a su proveedor de atención médica. Si su proveedor no está disponible, puede llamar a la Línea de asesoramiento por enfermeras de Health Plan of San Mateo (HPSM). Tendrá a su disposición enfermeras registradas para responder a sus preguntas sobre sus síntomas. Pueden indicarle cuándo debe consultar a un profesional de la salud, qué hacer si sus síntomas empeoran y qué puede hacer en casa para empezar a sentirse mejor.
Si tiene preguntas sobre sus medicamentos o resurtidos, comuníquese con su proveedor o con su farmacia local.
Los números de la Línea de asesoramiento por enfermeras de HPSM son:
1-833-846-8773
Las llamadas a este número son gratuitas. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
CareAdvantage también cuenta con servicios gratuitos de interpretación para las personas que no hablan inglés.
TTY 1-800-855-3000 o marque 7-1-1.
Las llamadas a este número son gratuitas. De lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.

Si necesita atención de salud conductual de inmediato, llame al centro de atención telefónica ACCESS de Servicios de recuperación y salud conductual:
1-800-686-0101. TTY: 7-1-1
Las llamadas a este número son gratuitas. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
1-800-686-0101. TTY: 7-1-1
CareAdvantage también cuenta con servicios gratuitos de interpretación para las personas que no hablan inglés.
TTY 1-800-855-3000 o marque 7-1-1.
Las llamadas a este número son gratuitas. TTY 1-800-855-3000 o marque 7-1-1.


San Mateo County
El Condado de San Mateo
N
W
E
S
Daly City
South
San Francisco
SFO
San Bruno
Pacifica
Millbrae
Burlingame
Montara
Hillsborough
Foster City
San Mateo
Belmont
San Carlos
Moss-Beach
Redwood City
East Palo Alto
Menlo Park
Half Moon Bay
Atherton
Woodside
Portola
Valley
Santa Clara County

Saludable es para todos

HealthPlan OF SAN MATEO
Healthy is for everyone

ACCREDITED NCQA HEALTH PLAN ACCREDITED
★★★★☆

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

tel 866.880.0606 toll-free
tel 650.616.0050 local
fax 650.616.0060
tty 800.735.2929 or dial 7-1-1

www.hpsm.org/careadvantage

Call Center Hours:
Monday through Sunday
8:00 a.m. to 8:00 p.m.