



# CAMBIOS IMPORTANTES EN SU PLAN

☎ Número telefónico gratuito: 1-800-750-4776  
Local: 650-616-2133  
TTY: 1-800-855-3000 o marque el 7-1-1

🌐 [www.hpsm.org](http://www.hpsm.org)

**¿Tenemos la dirección postal correcta para usted?**

Si no es así, háganoslo saber para que podamos mantenerlo informado sobre sus beneficios.

**Para mantener sus beneficios de Medi Cal, es importante mantenerse informado y actuar con rapidez.**

Abrir su correspondencia, actualizar su información de contacto e informar los cambios de inmediato puede ayudar a evitar retrasos o pérdidas de cobertura.

**Asegúrese de que su información de contacto esté actualizada y tome medidas rápidamente para mantener sus beneficios.**

 Cuando reciba correspondencia de la Agencia de Servicios Humanos (Human Services Agency, HSA) del Condado de San Mateo o del Departamento de Servicios de Atención Médica (Department of Health Care Services, DHCS) de California:

- Abra el correo, léela detenidamente y responda tan pronto como pueda.
- Complete el formulario e incluya cualquier documento (talones de pago, etc.) y devuélvalos antes de la fecha de vencimiento.
- Si no cumple con la fecha de vencimiento, asegúrese de enviar la información de todas formas. La información aún puede ser aceptada dentro de los 90 días.

 Si cambia de dirección o de teléfono:

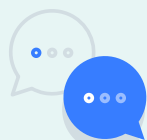
- Actualice su información en línea de inmediato. Visite [www.benefitscal.com](http://www.benefitscal.com) o escanee el código QR. *¿No tiene una cuenta? Regístrese de inmediato.*
- O llame a la HSA del Condado de San Mateo:  
**1-800-223-8383**  
TTY: **1-800-735-2929** o **7-1-1**  
De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.



 Si su estatus migratorio cambia:

- Informe el cambio al DHCS. Llame al **1-800-541-5555**.
- Encuentre una oficina cerca de usted:  
[www.dhcs.ca.gov/Medi-Cal/Pages/county-office.aspx](http://www.dhcs.ca.gov/Medi-Cal/Pages/county-office.aspx).

Los cambios en su estatus migratorio pueden cambiar su elegibilidad para los beneficios.



**¿Necesita ayuda o tiene preguntas?**

Llame a la HSA al **1-800-223-8383**.

Encuentre una oficina cerca de usted: [www.smcgov.org/hsa/contact-us](http://www.smcgov.org/hsa/contact-us).

Nuestra principal prioridad es brindar acceso a los servicios de atención médica a nuestros miembros. HPSM protege la información personal de todos los miembros. Cumplimos con todas las leyes de privacidad.

Obtenga más información en [www.hpsm.org/privacy](http://www.hpsm.org/privacy).



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

tel 650.616.0050

fax 650.616.0060

tty 800.735.2929 or dial 7-1-1

[www.hpsm.org](http://www.hpsm.org)

28 de mayo de 2026

## **Cambios realizados al Manual para Miembros de Medi-Cal 2026**

Estimado miembro:

Ayudar a los miembros a conocer sus beneficios nos ayuda a asegurarnos de que puedan mantenerse saludables. Usted recibió este aviso porque cambió un punto en el Manual para Miembros de Medi-Cal 2026:

- **Capítulo 3 Cómo obtener atención**
- **Capítulo 4 Beneficios y servicios**
- **Capítulo 6 Presentar reportes y resolución de problemas**
- **Capítulo 7 Derechos y responsabilidades**

Los cambios se explican en el aviso adjunto. Si desea consultar la versión más actualizada del Manual para Miembros de Medi-Cal, visite [www.hpsm.org/medi-cal-materials](http://www.hpsm.org/medi-cal-materials).

Si tiene preguntas sobre este aviso, llame a Servicios para Miembros al **1-800-750-4776** (llamada gratuita) o al **650-616-2133**. (TTY: **1-800-735-2929** o marque **7-1-1**). El horario del centro de llamadas es de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 6:00 p. m.

Atentamente,

Health Plan of San Mateo

---

# 3. Cómo obtener atención

---

## Preaprobación (autorización previa)

Para algunos tipos de atención, su PCP o especialista deberá solicitar a HPSM permiso antes de que usted reciba la atención. Esto se denomina solicitud de preaprobación o autorización previa. Significa que HPSM debe asegurarse de que la atención sea médicamente necesaria.

Los servicios que sean médicamente necesarios son razonables y necesarios para proteger su vida, evitar que se enferme gravemente o quede discapacitado, o reducir el dolor severo de una enfermedad, afección o lesión diagnosticada. En el caso de los miembros menores de 21 años, los servicios de Medi-Cal incluyen atención que sea necesaria por motivos médicos para curar o ayudar a aliviar una enfermedad o afección física o mental.

Los siguientes servicios **siempre** requieren una preaprobación (autorización previa), incluso si los obtiene de un proveedor de la red de HPSM:

- Hospitalización, si no es una emergencia
- Servicios fuera del área de servicio de HPSM, si no es una emergencia o atención de urgencia
- Cirugía sin ingreso al hospital
- Servicios de atención a largo plazo o de enfermería especializada en un centro de enfermería (incluidos los centros de cuidados subagudos para adultos y pediátricos contratados por la Unidad de Cuidados Subagudos del Departamento de Servicios de Atención Médica) o centros de atención intermedia (incluidos los centros de atención intermedia para personas con discapacidades del desarrollo (ICF/DD), ICF/DD-Habilitación (ICF/DD-H), ICF/DD-Enfermería (ICF/DD-N))
- Tratamientos, imágenes, pruebas y procedimientos especializados
- Servicios de transporte médico cuando no sean de emergencia

Los servicios de ambulancia de emergencia no requieren preaprobación (autorización previa).



Llame a Servicios para Miembros al 1-800-750-4776 (TTY 1-800-735-2929). HPSM está disponible de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 6:00 p. m. La llamada es gratuita. O llame a la Línea de retransmisión de California al 711. Visite en línea en [www.hpsm.org/member/medi-cal](http://www.hpsm.org/member/medi-cal).

Para las solicitudes estándar de preaprobación (autorización previa), HPSM debe responder a su solicitud tan pronto como su estado de salud lo requiera, pero no más de cinco días hábiles a partir de la fecha en que HPSM recibe la información solicitada que razonablemente necesita para decidir (aprobar, cambiar o denegar) su solicitud. HPSM debe responder en un plazo máximo de siete días calendario a partir de la fecha en que HPSM recibe su solicitud.

Si un proveedor o HPSM determinan que seguir el plazo estándar podría poner en grave riesgo su vida o su salud o capacidad para lograr, mantener o recuperar la máxima funcionalidad, HPSM tomará una decisión de preaprobación expedita (autorización previa) más rápida. HPSM responderá tan pronto como su estado de salud lo requiera, pero no más de 72 horas desde que HPSM reciba su solicitud.

En ciertos casos, es posible que HPSM necesite más información para decidir (aprobar, cambiar o rechazar) su solicitud de preaprobación (autorización previa). Si esto sucede, HPSM tiene hasta 14 días calendario más para decidir. Una vez que HPSM obtenga la información necesaria, debe tomar una decisión tan pronto como su estado de salud lo requiera, pero a más tardar cinco días hábiles para solicitudes estándar o 72 horas para solicitudes expeditas. Su proveedor puede solicitar una extensión para que HPSM responda a las solicitudes estándar. Puede solicitar una extensión para solicitudes estándar o expeditas. El personal clínico o médico, como médicos, enfermeros y farmacéuticos, revisa las solicitudes de preaprobación (autorización previa).

HPSM no influye en la decisión de los evaluadores para denegar, cambiar o aprobar la cobertura o los servicios de ninguna manera. Si HPSM no aprueba la solicitud, HPSM le enviará una carta de Aviso de acción (NOA). La NOA le indicará cómo presentar una apelación si no está de acuerdo con la decisión.

HPSM se pondrá en contacto con usted si necesita más información o más tiempo para revisar su solicitud.

Nunca necesitará preaprobación (autorización previa) para recibir atención de emergencia, incluso si se encuentra fuera de la red de HPSM o fuera de su área de servicio. Esto incluye el trabajo de parto y el parto si está embarazada. No se necesita preaprobación (autorización previa) para ciertos servicios de atención confidencial o sensible. Para obtener más información acerca de los servicios de atención confidencial, lea “Atención confidencial” más adelante en este capítulo.

Si tiene preguntas sobre la preaprobación (autorización previa), llame al 1-800-750-4776 (TTY 1-800-735-2929 o 711).



Llame a Servicios para Miembros al 1-800-750-4776 (TTY 1-800-735-2929). HPSM está disponible de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 6:00 p. m. La llamada es gratuita. O llame a la Línea de retransmisión de California al 711. Visite en línea en [www.hpsm.org/member/medi-cal](http://www.hpsm.org/member/medi-cal).

---

## Segundas opiniones

Es posible que desee una segunda opinión sobre la atención que su proveedor dice que usted necesita o sobre su diagnóstico o plan de tratamiento. Por ejemplo, podría querer una segunda opinión si quiere asegurarse de que su diagnóstico es correcto, no está seguro de necesitar un tratamiento o cirugía recetado, o si ha intentado seguir un plan de tratamiento y no ha funcionado.

HPSM pagará por una segunda opinión si usted o su proveedor dentro de la red lo solicita y usted obtiene la segunda opinión de un proveedor dentro de la red. No necesita preaprobación (autorización previa) de HPSM para obtener una segunda opinión de un proveedor dentro de la red. Si desea obtener una segunda opinión, lo derivaremos a un proveedor calificado dentro de la red que pueda dársela.

Para pedir una segunda opinión y obtener ayuda para elegir un proveedor, llame al 1-800-750-4776 (TTY 1-800-735-2929 o 711). Su proveedor dentro de la red también puede ayudarle a obtener una derivación para una segunda opinión, si lo desea.

Si no hay ningún proveedor dentro de la red de HPSM que pueda darle una segunda opinión, HPSM pagará por una segunda opinión de un proveedor fuera de la red. HPSM le dirá si el proveedor que elige para una segunda opinión es aprobado tan pronto como su afección médica lo requiere, pero en un plazo no mayor a cinco días hábiles a partir de la fecha en que HPSM recibe la información solicitada que razonablemente necesita para decidir su solicitud, HPSM debe responder en un plazo máximo de siete días calendario a partir de la fecha en que HPSM recibe su solicitud.

Si tiene una enfermedad crónica o grave, o tiene una amenaza inmediata y grave para su salud, que incluye, entre otros, la pérdida de la vida, una extremidad o parte importante del cuerpo o función corporal, HPSM se lo informará por escrito dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su solicitud.

Si HPSM rechaza su solicitud de una segunda opinión, puede presentar una queja. Para obtener más información sobre las quejas, lea “Quejas” en el Capítulo 6 de este manual.



Llame a Servicios para Miembros al 1-800-750-4776 (TTY 1-800-735-2929). HPSM está disponible de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 6:00 p. m. La llamada es gratuita. O llame a la Línea de retransmisión de California al 711. Visite en línea en [www.hpsm.org/member/medi-cal](http://www.hpsm.org/member/medi-cal).

---

# 4. Beneficios y servicios

---

## Beneficios de Medi-Cal cubiertos por HPSM

### Servicios dentales de HPSM

#### A partir del 1 de julio de 2026:

Si usted es miembro de Health Plan of San Mateo (HPSM), HPSM también proporcionará los servicios dentales de Medi-Cal. Hay algunas excepciones. Si no califica para el programa de alcance completo de Medi-Cal federal y tiene 19 años o más, es posible que ya no sea elegible para los beneficios dentales a través de HPSM si:

- No está embarazada o no se encuentra dentro de un año después del parto (después del embarazo) ni ha sido designada por el condado como joven de acogida o exjoven de acogida. Puede acudir a cualquier proveedor de Medi-Cal Dental de pago por servicio (Fee-for-Service, FFS) solo para **emergencias dentales**.
- El condado la designa como embarazada o está dentro del año después del parto (después del embarazo). Puede acudir a cualquier proveedor de FFS Medi-Cal Dental para obtener **Medi-Cal de alcance completo**.
- Está designado por el condado como joven de acogida o exjoven de acogida menor de 26 años y estaba en acogida cuando cumplió 18 años. Puede acudir a cualquier proveedor de FFS Medi-Cal Dental para obtener **Medi-Cal de alcance completo**.

Los miembros de HPSM pueden obtener ayuda para encontrar un dentista u obtener servicios dentales llamando al 1-800-750-4776 (TTY 1-800-735-2929 o 711). Si usted es miembro de Kaiser Foundation Health Plan y necesita ayuda para encontrar un dentista o desea obtener más información sobre los servicios dentales, llame al Centro de Servicio Telefónico Dental de Medi-Cal al 1-800-322-6384 (TTY 1-800-735-2922 o 711). O visite el sitio web de Medi-Cal Dental en <https://www.dental.dhcs.ca.gov> o en <https://smilecalifornia.org/>.



Llame a Servicios para Miembros al 1-800-750-4776 (TTY 1-800-735-2929). HPSM está disponible de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 6:00 p. m. La llamada es gratuita. O llame a la Línea de retransmisión de California al 711. Visite en línea en [www.hpsm.org/member/medi-cal](http://www.hpsm.org/member/medi-cal).

**A partir del 1 de julio de 2026**, Medi-Cal cubrirá los servicios dentales para:

- Los miembros que califican para el programa federal de alcance completo de Medi-Cal
- Los miembros que no cumplen con los requisitos para el programa federal de cobertura completa de Medi-Cal y cumplen con al menos una de las tres excepciones a continuación:
  - Menores de 19 años,
  - Miembro designada por el condado como embarazada (y hasta un año después de que termine el embarazo), y/o
  - Es designado por el condado como joven en cuidado de acogida o un exjoven en cuidado de acogida menor de 26 años que estaba en un hogar de acogida cuando cumplió 18 años

Los servicios dentales incluyen:

- Dentaduras postizas completas y parciales
- Coronas (prefabricadas/de laboratorio)
- Servicios dentales preventivos y de diagnóstico, como exámenes, radiografías y limpiezas dentales
- Atención de emergencia para controlar el dolor
- Empastes
- Ortodoncia para niños que califican
- Tratamientos de conducto radicular (anterior/posterior)
- Raspado y alisado radicular
- Extracciones de dientes
- Flúor tópico

### Chequeos dentales para niños

Mantenga limpias las encías del bebé limpiándolas suavemente con un paño todos los días. Alrededor de los cuatro a seis meses, la “dentición” comenzará cuando los dientes del bebé comiencen a salir. Debe programar una cita para la primera visita dental de su hijo tan pronto como le salga el primer diente o antes de que cumpla el primer año, lo que ocurra primero.

Los siguientes servicios dentales de HPSM son servicios gratuitos o de bajo costo para:

#### Bebés de 0 a 3 años

- La primera visita dental del bebé
- Primer examen dental del bebé
- Exámenes dentales (cada 6 meses y a veces más)
- Radiografías
- Limpieza dental (cada 6 meses y a veces más)
- Barniz de flúor (cada 6 meses y a veces más)
- Empastes
- Extracciones (extracción de dientes)
- Servicios dentales de emergencia
- \*Sedación (si se considera médicamente necesaria)



---

Llame a Servicios para Miembros al 1-800-750-4776 (TTY 1-800-735-2929). HPSM está disponible de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 6:00 p. m. La llamada es gratuita. O llame a la Línea de retransmisión de California al 711. Visite en línea en [www.hpsm.org/member/medi-cal](http://www.hpsm.org/member/medi-cal).

### Niños de 4 a 12 años

- Exámenes dentales (cada 6 meses y a veces más)
- Radiografías
- Barniz de flúor (cada seis meses y a veces más)
- Limpieza dental (cada 6 meses y a veces más)
- Selladores molares
- Empastes
- Extracciones (extracción de dientes)
- Conducto radicular
- Servicios dentales de emergencia
- \*Sedación (si se considera médicamente necesaria)

**Jóvenes de 13 a 21 años** (a partir del 1 de julio de 2026, hay algunas excepciones a continuación)

- Exámenes dentales (cada 6 meses y a veces más)
- Radiografías
- Barniz de flúor cada 6 meses y a veces más
- Limpieza dental (cada 6 meses y a veces más)
- Ortodoncia (frenos dentales) para aquellos que califican
- Empastes
- Coronas
- Conducto radicular
- Dentaduras postizas parciales y completas
- Raspado y alisado radicular
- Extracciones (extracción de dientes)
- Servicios dentales de emergencia
- \*Sedación (si se considera médicamente necesaria)

\* Los proveedores deben considerar la sedación y la anestesia general cuando determinen y documenten una razón por la que la anestesia local no es médicamente apropiada y el tratamiento dental se aprobó previamente o no necesita preaprobación (autorización previa).

Estas son algunas de las razones por las que no se puede usar la anestesia local y en su lugar se puede usar sedación o anestesia general:

- Condición física, conductual, de desarrollo o emocional que impide que el paciente responda a los intentos del proveedor de realizar el tratamiento
- Procedimientos quirúrgicos o de restauración importantes
- Niño que no coopera
- Infección aguda en el lugar de la inyección
- Incapacidad de un anestésico local para controlar el dolor

Hay algunas excepciones a partir del **1 de julio de 2026**. Si no califica para el programa federal de alcance completo de Medi-Cal y tiene 19 años o más, es posible que ya no sea elegible para los beneficios odontológicos a través de HPSM si:

- No está embarazada o no está dentro de un año después del parto (después del embarazo) o no está designado por el condado como joven de acogida o ex joven de

acogida. Puede acudir a cualquier proveedor de Medi-Cal Dental de pago por servicio (FFS) solo para emergencias dentales.

- Es designada por el condado como embarazada o dentro de un año después del parto (después del embarazo). Puede acudir a cualquier proveedor de FFS Medi-Cal Dental para obtener Medi-Cal de alcance completo.
- Es designado por el condado como joven en cuidado de acogida o un exjoven en cuidado de acogida menor de 26 años que estaba en un hogar de acogida cuando cumplió 18 años. Puede acudir a cualquier proveedor de FFS Medi-Cal Dental para obtener Medi-Cal de alcance completo.

Si tiene preguntas o desea obtener más información sobre los servicios dentales, llame a la Línea de Servicio al Cliente de Medi-Cal Dental al 1-800-322-6384 (TTY 1-800-735-2922 o 711), o visite <https://smilecalifornia.org/>.



Llame a Servicios para Miembros al 1-800-750-4776 (TTY 1-800-735-2929). HPSM está disponible de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 6:00 p. m. La llamada es gratuita. O llame a la Línea de retransmisión de California al 711. Visite en línea [www.hpsm.org/member/medi-cal](http://www.hpsm.org/member/medi-cal).

# 6. Presentar reportes y resolución de problemas

---

## Audiencias estatales

Una audiencia estatal es una reunión con HPSM y un juez del Departamento de Servicios Sociales de California (California Department of Social Services, CDSS). El juez le ayudará a resolver su problema y a decidir si HPSM tomó la decisión correcta o no. Tiene derecho a solicitar una audiencia estatal si ya solicitó una apelación ante HPSM y aún no está satisfecho con nuestra decisión, o si no recibió una decisión sobre su apelación después de 30 días.

Debe solicitar una audiencia estatal dentro de los 120 días a partir de la fecha de nuestra carta de Aviso de resolución de apelación (NAR). Si le dimos ayuda pagada pendiente durante su apelación y desea que continúe hasta que haya una decisión sobre su audiencia estatal, debe solicitar una audiencia estatal dentro de los 10 días posteriores a nuestra carta NAR o antes de la fecha en que acordamos que sus servicios terminarán de prestarse, lo que ocurra más tarde.

Si necesita ayuda para asegurarse de que la ayuda pagada pendiente continúe hasta que haya una decisión final sobre su audiencia estatal, comuníquese con HPSM de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 6:00 p. m., llamando al 1-800-750-4776. Si tiene dificultades para escuchar o hablar, llame al 1-800-735-2929 o 711. Su representante o proveedor autorizado puede solicitar una audiencia estatal para usted con su permiso por escrito.

En ocasiones, puede solicitar una audiencia estatal sin haber completado nuestro proceso de apelación.

Por ejemplo, si HPSM no le notificó correctamente o a tiempo sobre sus servicios, puede



Llame a Servicios para Miembros al 1-800-750-4776 (TTY 1-800-735-2929). HPSM está disponible de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 6:00 p. m. La llamada es gratuita. O llame a la Línea de retransmisión de California al 711. Visite en línea [www.hpsm.org/member/medi-cal](http://www.hpsm.org/member/medi-cal).

## 6 | Presentar reportes y resolución de problemas

solicitar una audiencia estatal sin tener que completar nuestro proceso de apelación. A esto se le llama “agotamiento presunto”. Estos son algunos ejemplos de agotamiento presunto:

- No le dimos un Aviso de acción (NOA) o carta NAR en su idioma preferido
- Cometimos un error que afecta cualquiera de sus derechos
- No le dimos una carta NOA
- No le dimos una carta NAR
- Cometimos un error en nuestra carta NAR
- No tomamos una decisión sobre su apelación dentro de los 30 días
- Decidimos que su caso era urgente, pero no respondimos a su apelación dentro de 72 horas

Puede solicitar una audiencia estatal de las siguientes maneras:

- **Por teléfono:** Llame a la División de Audiencias Estatales del CDSS al 1-800-743-8525 (TTY 1-800-952-8349 o 711)
- **Por correo postal:** Complete el formulario que se proporciona con el aviso de resolución de apelaciones y envíelo por correo a:

California Department of Social Services  
State Hearings Division  
744 P Street, MS 09-17-433  
Sacramento, CA 95814

- **En línea:** Solicite una audiencia en línea, en [www.cdss.ca.gov](http://www.cdss.ca.gov)
- **Por correo electrónico:** complete el formulario que se incluye con el aviso de resolución de apelación y envíelo por correo electrónico a [Scopeofbenefits@dss.ca.gov](mailto:Scopeofbenefits@dss.ca.gov)
  - Nota: Si lo envía por correo electrónico, tenga en cuenta que existe el riesgo de que alguien que no pertenezca a la División de Audiencias Estatales pueda interceptar su correo electrónico. Piense en utilizar una forma más segura para enviar su solicitud.
- **Por fax:** Complete el formulario que viene con el aviso de resolución de apelaciones y envíelo por fax a la División de Audiencias Estatales al 916-309-3487 o al número gratuito 1-833-281-0903

Si necesita ayuda para solicitar una audiencia estatal, podemos ayudarle. Podemos brindarle servicios lingüísticos gratuitos. Llame al 1-800-750-4776 (TTY 1-800-735-2929 o al 711).

En la audiencia, le dirá al juez por qué no está de acuerdo con la decisión de HPSM. HPSM le dirá al juez cómo tomamos nuestra decisión. Podría tomar hasta 90 días para que el juez decida su caso. HPSM debe seguir lo que decida el juez.

Si desea que el CDSS tome una decisión rápida porque el tiempo que lleva tener una



Llame a Servicios para Miembros al 1-800-750-4776 (TTY 1-800-735-2929). HPSM está disponible de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 6:00 p. m. La llamada es gratuita. O llame a la Línea de retransmisión de California al 711. Visite en línea [www.hpsm.org/member/medi-cal](http://www.hpsm.org/member/medi-cal).

## 6 | Presentar reportes y resolución de problemas

audiencia estatal pondría en riesgo su vida, su salud o su capacidad de funcionar plenamente, usted, su representante autorizado o su proveedor pueden comunicarse con el CDSS y solicitar una audiencia estatal expedita (rápida). El CDSS debe tomar una decisión a más tardar tres días hábiles después de recibir su expediente del caso completo de HPSM.



Llame a Servicios para Miembros al 1-800-750-4776 (TTY 1-800-735-2929). HPSM está disponible de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 6:00 p. m. La llamada es gratuita. O llame a la Línea de retransmisión de California al 711. Visite en línea [www.hpsm.org/member/medi-cal](http://www.hpsm.org/member/medi-cal).

---

# 7. Derechos y responsabilidades

Como miembro de HPSM, usted tiene ciertos derechos y responsabilidades. Este capítulo explica esos derechos y responsabilidades. Este capítulo también incluye los avisos legales a los que tiene derecho como miembro de HPSM.

---

## Aviso de acción

HPSM le enviará una carta de Aviso de acción (Notice of Action, NOA) cada vez que HPSM deniegue, retrase, cancele o modifique una solicitud de servicios de atención médica. Si no está de acuerdo con la decisión de HPSM, siempre puede presentar una apelación ante HPSM. Consulte la sección “Apelaciones” del Capítulo 6 de este manual para obtener información importante sobre cómo presentar una apelación. Cuando HPSM le envíe un NOA, le informará todos los derechos que tiene si no está de acuerdo con una decisión que tomamos. Si recibe este aviso de otra persona que no sea HPSM o subcontratista de HPSM, comuníquese con HPSM de inmediato.

### *Contenido de los avisos*

Si HPSM basa las denegaciones, retrasos, modificaciones, terminaciones, suspensiones o reducciones de sus servicios en su totalidad o en parte en una necesidad médica, su NOA debe contener lo siguiente:

- Una declaración de la acción que HPSM tiene la intención de tomar
- Una explicación clara y concisa de las razones de la decisión de HPSM
- Cómo HPSM tomó la decisión, incluyendo las reglas que HPSM utilizó
- Las razones médicas de la decisión. HPSM debe indicar claramente cómo su afección no cumple con las reglas o pautas.
- Información sobre su derecho a solicitar copias gratuitas de todos los documentos y registros relevantes para el NOA.



Llame a Servicios para Miembros al 1-800-750-4776 (TTY 1-800-735-2929). HPSM está disponible de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 6:00 p. m. La llamada es gratuita. O llame a la Línea de retransmisión de California al 711. Visite en línea [www.hpsm.org/member/medi-cal](http://www.hpsm.org/member/medi-cal).

### **Traducciones**

HPSM está obligado a traducir completamente y proporcionar información escrita del miembro en los idiomas preferidos comunes, incluidos todos los avisos de quejas y apelaciones.

El aviso traducido en su totalidad debe incluir la razón médica para la decisión de HPSM de denegar, retrasar, modificar, terminar, suspender o reducir una solicitud de servicios de atención médica.

Si la traducción al idioma de su preferencia no está disponible, HPSM debe ofrecer ayuda verbal en su idioma preferido para que pueda comprender la información que recibe.



Llame a Servicios para Miembros al 1-800-750-4776 (TTY 1-800-735-2929). HPSM está disponible de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 6:00 p. m. La llamada es gratuita. O llame a la Línea de retransmisión de California al 711. Visite en línea [www.hpsm.org/member/medi-cal](http://www.hpsm.org/member/medi-cal).

# 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 para ayudarles 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 idioma gratuitos a 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 tiene dificultades auditivas o del habla, por favor comuníquese al TTY **1-800-855-3000** o **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**  
**1-800-750-4776** o **650-616-2133**  
**TTY: 1-800-855-3000** o **7-1-1**

## **CÓMO PRESENTAR UNA QUEJA (RECLAMACIÓN)**

Si usted considera que HPSM no ha cumplido con proporcionar estos servicios o de otra manera ha discriminado de manera ilícita en función 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 queja por teléfono, por escrito, en persona o por medios electrónicos:

- Por teléfono: Comuníquese de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 6:00 p.m., llamando al **1-800-750-4776**. O bien, si tiene dificultades auditivas o del habla, comuníquese al TTY **1-800-855-3000** o **7-1-1**.
- Por escrito: Complete 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](http://grievance.hpsm.org).

## **OFICINA DE DERECHOS CIVILES – DEPARTAMENTO DE SERVICIOS DE ATENCIÓN A LA SALUD EN CALIFORNIA**

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

- Por teléfono: Llame al **916-440-7370**. Si no puede hablar o escuchar bien, sírvase llamar al **7-1-1 (Servicio de Transmisión 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](http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx)

- Por medios electrónicos: Envíe un email [CivilRights@dhcs.ca.gov](mailto:CivilRights@dhcs.ca.gov)

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

Si usted 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 los Estados Unidos por teléfono, por escrito o por medios electrónicos:

- Por teléfono: Llame al **1-800-368-1019**. Si no puede hablar o escuchar bien, sírvase llamar a TTY/TDD **1-800-537-7697**.
- 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](http://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>.

## Aviso de disponibilidad de servicios de asistencia lingüística y ayudas 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.

### العربية (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 بريـل والخط الكبير. اتصل بـ **1-800-750-4776** (TTY: **1-800-735-2929**). هذه الخدمات مجانية.

### Հայերեն (Armenian)

Ուժեղացրե՛ք Ձեր օգնություն է հարկավոր Ձեր լեզվով, զանգահարե՛ք **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: Չանգահարե՛ք **1-800-750-4776** (TTY: **1-800-735-2929**): Այդ ծառայություններն անվճար են:

### ខ្មែរ (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 ឬឯកសារសរសេរជាអក្សរពុម្ពធំ ក៏អាចរកបានផងដែរ។ ទូរស័ព្ទមកលេខ **1-800-750-4776** (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 **1-800-750-4776** (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。

### فارسی (Farsi)

توجه: 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 بریل و چاپ با حروف بزرگ، نیز موجود است. با **1-800-750-4776** (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 **1-800-750-4776** (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.

### 日本語 (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。

### 한국어 (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 (Laotian)

ປະກາດ: ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນພາສາຂອງທ່ານໃຫ້ໂທຫາເບີ **1-800-750-4776** (TTY: **1-800-735-2929**). ຍັງມີຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອແລະການບໍລິການສໍາລັບຄົນພິການ ເຊັ່ນເອກະສານທີ່ເປັນອັກສອນນູນແລະມີໂຕຮິມໃຫຍ່ ໃຫ້ໂທຫາເບີ **1-800-750-4776** (TTY: **1-800-735-2929**). ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ບໍ່ຕ້ອງເສຍຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃດໆ.

## Mien

LONGC HNYOUV JANGX LONGX OC: Beiv taux meih qiex longc mienh tengx faan benx meih nyei waac nor douc waac daaih lorx taux **1-800-750-4776** (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 hluo 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.

## 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**). ਆਹਜ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਬੋਲ 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** (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 **1-800-750-4776** (линия TTY: **1-800-735-2929**). Такие услуги предоставляются бесплатно.

## Español (Spanish)

ATENCIÓN: si necesita ayuda en su idioma, llame al **1-800-750-4776** (TTY: **1-800-735-3000**). 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 (Filipino)

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 serbisyo ng ito.

## ภาษาไทย (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

## Українська (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.



Healthy is for everyone

801 GATEWAY BOULEVARD SUITE 100  
SOUTH SAN FRANCISCO CA 94080

PRSR STD  
U.S. POSTAGE  
**PAID**  
HPSM