



# Resumen de Beneficios

## CareAdvantage

Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan)

H7885\_SOB2022S

Last Updated

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.

## 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.

## 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。

## 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.

## Сотрудники нашего подразделения CareAdvantage Unit готовы вам помочь

Звоните нам по номеру **1-866-880-0606** (бесплатно) или по номеру **650-616-2174**. Для участников с нарушением слуха: телетайп (TTY) **1-800-735-2929** или **7-1-1**.

- Наш центр обработки звонков работает с 8:00 до 20:00 без выходных.
- Наши часы работы: с 8:00 до 17:00 с понедельника по пятницу.

**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.

**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.

**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。

**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.

**Если нужен крупный шрифт:** Если вы хотели бы получить экземпляр данного справочника, набранный крупным шрифтом, позвоните в подразделение CareAdvantage Unit.

**Заявление о соблюдении конфиденциальности:** Health Plan of San Mateo гарантирует обеспечение конфиденциальности вашей медицинской документации. Если у вас возникли вопросы или вам требуется дополнительная информация, позвоните в подразделение CareAdvantage Unit.

# Plan de necesidades especiales para personas con elegibilidad doble CareAdvantage (CareAdvantage Dual Eligible Special Needs Plan, D-SNP), un plan de Medicare Medi-Cal | Resumen de beneficios de 2024

## 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 de la *Evidencia de cobertura (Manual del miembro)*.

## Índice

A. Deslinde de responsabilidades .....	2
B. Preguntas frecuentes .....	4
C. Lista de servicios cubiertos .....	10
D. Beneficios cubiertos fuera de CareAdvantage .....	36
E. Servicios que CareAdvantage, Medicare y Medi-Cal no cubren .....	38
F. Sus derechos como miembro del plan .....	38
G. Cómo presentar una queja o apelación por un servicio negado, retrasado o modificado .....	41
H. Lo que debe hacer si sospecha fraude .....	44



---

## A. Deslinde de responsabilidades



Este es un resumen de los servicios de salud cubiertos por CareAdvantage para 2024. Este es únicamente un resumen. Por favor lea la Evidencia de cobertura y la *Evidencia de cobertura (Manual del miembro)* para ver la lista completa de beneficios. *Puede solicitar una Evidencia de cobertura (Manual del miembro) llamando al Departamento de CareAdvantage al número que aparece al final de esta página. También puede consultar la Evidencia de cobertura y Evidencia de cobertura (Manual del miembro) en nuestro sitio web [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage) o descargarlo.*

- ❖ El Plan de necesidades especiales para personas con elegibilidad doble CareAdvantage (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 frecuentes sobre Medicare. Puede obtenerlo en el sitio web de Medicare ([www.medicare.gov](http://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 de California (California Department of Healthcare Services, DHCS) ([www.dhcs.ca.gov/](http://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 8:00 a.m. a 5:00 p.m. También puede llamar al oficial mediador y protector especial de las personas que tienen tanto Medicare como Medi-Cal al 1-855-501-3077, de lunes a viernes, de 9:00 a.m. a 5:00 p.m.
- ❖ Este documento está disponible en forma gratuita en inglés, español, chino y tagalo.
- ❖ Puede obtener esta información de forma gratuita en otros formatos, como en letra grande, Braille o audio. Llame 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.
- ❖ Para obtener materiales en otro idioma que no sea inglés y/o en otro formato, tanto ahora como en el futuro, 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. También puede solicitarlo por email a: [customersupport@hpsm.org](mailto:customersupport@hpsm.org). O envíe una solicitud por escrito a:

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



**Si tiene preguntas**, por favor 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. **Si desea más información**, visite [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).

- ❖ Su idioma y formato preferidos se incluirán en su expediente para su futura correspondencia, 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](http://www.hpsm.org/member/resources).
- ❖ Si usted habla un idioma que no sea inglés, tiene a su disposición servicios de asistencia de idioma gratis. Llame 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.
- ❖ Si usted habla español, dispone de servicios de asistencia de idioma sin cargo. Llame 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.
- ❖ Puede obtener esta información de forma gratuita en otros formatos, como en letra grande, Braille o audio. Llame al Departamento de CareAdvantage al 1-866-880-0606, de lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-855-3000 o marcar 7-1-1. La llamada es gratuita.
- ❖ 如果您說中文，我們可免費提供語言協助服務。請致電 1-866-880-0606、TTY (聽力及語言障礙) 專線 1-800-735-2929 或撥 7-1-1，服務時間為週一至週日上午 8:00 至晚上 8:00；該電話為免費服務。
- ❖ 您可以免費以其他形式取得本資訊，如大號字體、盲人用點字或錄音。致電 CareAdvantage Unit，電話是 1-866-880-0606，服務時間為週一至週日上午 8:00 至晚上 8:00。有聽力或語言障礙者應撥打 TTY 電話 1-800-735-2929 或 7-1-1。該電話為免費電話服務。
- ❖ Kung nagsasalita kayo ng Tagalog, may mga paglilingkod para sa pagtulong sa wika, nang libre na makakamit ninyo. Tumawag sa 1-866-880-0606 (para sa TTY tumawag sa 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang tawag.
- ❖ Maaari mong makuha nang libre ang impormasyong ito sa iba pang anyo, kagaya ng malalaking letra, braille, o audio. Tawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606, Lunes hanggang Linggo, mula 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1. Libre ang tawag.



## B. Preguntas frecuentes

La siguiente tabla enumera las preguntas frecuentes.

Preguntas frecuentes	Respuestas
<b>¿Qué es un plan de coordinación de Medicare-Medi-Cal?</b>	<p>El Plan de coordinación de Medicare-Medi-Cal es un plan de salud bajo contrato con Medicare y con Medi-Cal para proporcionar los beneficios de ambos programas a las personas inscritas. Es para personas de 65 años o más. Un Plan de coordinación de Medicare Medi-Cal es una organización integrada por médicos, hospitales, farmacias, proveedores de servicios y apoyo a largo plazo (LTSS, por sus siglas en inglés) y otros proveedores. También cuenta con administradores de atención para ayudarle a coordinar todos sus proveedores, servicios y apoyos.</p>
<b>¿Recibiré los mismos beneficios de Medicare y Medi-Cal en CareAdvantage que recibo actualmente?</b>	<p>Usted recibirá la mayoría de sus beneficios cubiertos de Medicare y Medi-Cal directamente de CareAdvantage. Se coordinará 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 Support Services, IHSS), servicios para trastornos de salud mental y por consumo de sustancias, o servicios en centros regionales.</p> <p>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.</p> <p>Además, si está usando algún medicamento con receta 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 más información, llame al Departamento de CareAdvantage a los números que aparecen al final de la página.</p>



**Si tiene preguntas**, por favor 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. **Si desea más información**, visite [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).

Preguntas frecuentes	Respuestas
<p><b>¿Puedo ir a los mismos médicos que veo ahora?</b></p>	<p>A menudo es así. Si sus proveedores (como médicos, hospitales, terapeutas, farmacias y otros proveedores de atención médica) trabajan con CareAdvantage y tienen contrato con nosotros, puede continuar viéndolos.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 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. <b>Debe utilizar los proveedores de la red de CareAdvantage.</b> Si utiliza proveedores o farmacias que no están en nuestra red, el plan podría no pagar estos servicios o medicamentos.</li> <li>• Si necesita atención urgente o de emergencia, o servicios de diálisis fuera del área, puede utilizar los servicios de proveedores fuera del plan de CareAdvantage.</li> <li>• Si está en tratamiento con un proveedor que está fuera de la red de servicios 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.</li> <li>• 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: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Usted, su representante o su proveedor nos piden que le permitamos continuar viendo a su proveedor actual.</li> <li>○ Determinamos que usted tiene una relación existente con un proveedor de atención primaria o de atención especializada, con algunas excepciones.</li> </ul> </li> </ul>



Preguntas frecuentes	Respuestas
	<p>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.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Determinamos que hay una relación existente al analizar su información de salud disponible o la información que usted nos da.</li> <li>▪ Tenemos 30 días para responder a su solicitud. Puede solicitarnos que tomemos una decisión más rápida y deberemos responder en 15 días.</li> <li>▪ Al hacer su solicitud, usted o su proveedor debe mostrar documentación de una relación existente y apegarse a ciertas condiciones.</li> <li>▪ Nota: Solamente puede solicitar esto para servicios de equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME), transporte u otros servicios suplementarios no incluidos en nuestro plan. No puede solicitar esto para proveedores de DME, transporte u otros proveedores auxiliares.</li> </ul> <p>Nota: Solamente puede solicitar esto para servicios de equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME), transporte u otros servicios suplementarios no incluidos en nuestro plan. No puede solicitar esto para proveedores de DME, transporte u otros proveedores auxiliares.</p> <p>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.</p>





Preguntas frecuentes	Respuestas
	<p>Consulte el capítulo 1 de la <i>Evidencia de cobertura (Manual del miembro)</i> de CareAdvantage para obtener más detalles.</p> <p>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 <i>Directorio de proveedores</i> de CareAdvantage en el sitio web del plan en <a href="http://www.hpsm.org/careadvantage">www.hpsm.org/careadvantage</a>.</p> <p>Si CareAdvantage es nuevo para usted, colaboraremos con usted para desarrollar un plan de atención que satisfaga sus necesidades.</p>
<p><b>¿Qué es un administrador de atención de CareAdvantage?</b></p>	<p>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.</p>
<p><b>¿Qué son los servicios y apoyo a largo plazo (LTSS)?</b></p>	<p>Los servicios y apoyo a largo plazo son ayudas para las personas que necesitan asistencia para realizar las tareas cotidianas, tales como bañarse, usar el retrete, 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 trabajará con esa agencia.</p>
<p><b>¿Qué es un Programa de Propósitos Múltiples para Personas Mayores (Multipurpose Senior Services Program, MSSP)?</b></p>	<p>Un MSSP proporciona coordinación constante de la atención con proveedores de atención médica más allá de lo que ya le provee su plan de salud, y puede ponerlo en contacto con otros servicios y recursos necesarios de la comunidad. Este programa le ayuda a conseguir servicios que lo ayuden a vivir de manera independiente en su hogar.</p>



Preguntas frecuentes	Respuestas
<p><b>¿Qué sucede si necesito un servicio pero no hay nadie en la red de CareAdvantage que me lo pueda brindar?</b></p>	<p>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.</p>
<p><b>¿Dónde está disponible CareAdvantage?</b></p>	<p>El área de servicio de este plan incluye: Condado de San Mateo, California. Usted debe residir en esta área para inscribirse en el plan.</p>
<p><b>¿Qué es una autorización previa?</b></p>	<p>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 <b>antes</b> de que usted reciba los servicios. CareAdvantage podría no cubrir el servicio, procedimiento, artículo o medicamento si usted no obtiene la autorización previa.</p> <p><b>Si necesita atención urgente o de emergencia, o servicios de diálisis fuera del área, no necesita obtener primero la autorización previa.</b> CareAdvantage puede proporcionarle a usted o a su proveedor una lista de servicios o procedimientos que requieren que obtenga la autorización previa de CareAdvantage antes de que se le proporcione el servicio. Si tiene preguntas 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.</p>



Preguntas frecuentes	Respuestas
<p><b>¿Qué es una referencia?</b></p>	<p>Una referencia significa que su proveedor de atención primaria (PCP) debe darle su aprobación para que usted pueda consultar a alguien que no sea su PCP. Una referencia no es lo mismo que 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.</p> <p>Consulte la <i>Evidencia de cobertura (Manual del miembro)</i> para obtener más información sobre cuándo necesitará obtener una referencia de su PCP.</p>
<p><b>¿Pago una cantidad mensual (también llamada prima) con CareAdvantage?</b></p>	<p>No. Como tiene Medi-Cal, no pagará ninguna prima mensual, ni siquiera la prima de la Parte B de Medicare, por su cobertura de salud.</p>
<p><b>¿Tengo que pagar un deducible como miembro de CareAdvantage?</b></p>	<p>No. Usted no paga deducibles con CareAdvantage.</p>
<p><b>¿Cuál es la cantidad máxima de costos de desembolso que pagaré por servicios médicos como miembro de CareAdvantage?</b></p>	<p>No hay costos compartidos por servicios médicos en CareAdvantage, por lo que sus costos de desembolso anuales serán de \$0.</p>
<p><b>¿Tengo una brecha en la cobertura de los medicamentos?</b></p>	<p>No. Como usted tiene Medicaid, no tendrá una etapa de brecha de la cobertura de sus medicamentos.</p>



## 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)
<b>Usted necesita atención hospitalaria</b>	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	\$0	Se puede requerir la autorización previa según el tipo de servicio/procedimiento.
<b>Desea ver a un médico (continúa)</b>	Visitas para tratar una lesión o enfermedad	\$0	Se requiere autorización previa para algunos servicios.



**Si tiene preguntas**, por favor 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. **Si desea más información**, visite [www.hpsm.org/careadvantage](http://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)
<b>Desea ver a un médico (continuación)</b>	Atención de un especialista	\$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.
	Atención para impedir que se enferme, tal como vacunas contra la gripe y exámenes de detección de cáncer	\$0	<p>Vacunas, incluso contra la gripe (una por temporada de la gripe en otoño-invierno), la hepatitis B si tiene riesgo alto o intermedio de contraerla, el COVID-19, la neumonía y otras vacunas si tiene riesgo según las reglas de cobertura de la Parte B de Medicare.</p> <p>Consulte el capítulo 4 de la <i>Evidencia de cobertura (Manual del miembro)</i> de CareAdvantage para obtener más detalles.</p>
	Visita preventiva de "Bienvenida a Medicare" (solo una vez)	\$0	<p>Usted puede hacer una visita preventiva de "Bienvenida a Medicare" una vez en los primeros 12 meses en que tiene la Parte B de Medicare.</p> <p>Cuando pida la cita, dígame al consultorio del médico que quiere hacer una visita preventiva de "Bienvenida a Medicare".</p>



**Si tiene preguntas**, por favor 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. **Si desea más información**, visite [www.hpsm.org/careadvantage](http://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)
<b>Necesita atención de emergencia</b>	Servicios de sala de emergencias	\$0	<p>Los servicios de la sala de emergencias están cubiertos dentro y fuera de la red sin autorización previa.</p> <p>Solo tiene cobertura para servicios de emergencia fuera de Estados Unidos y sus territorios si queda internado en un hospital en Canadá o México.</p>
	Atención de urgencia	\$0	<p>La atención de urgencia está cubierta dentro y fuera de la red sin autorización previa.</p> <p>Usted NO está cubierto por servicios de atención de urgencia recibidos fuera de Estados Unidos.</p>
<b>Necesita exámenes médicos</b>	Servicios radiológicos de diagnóstico (por ejemplo, radiografías u otros servicios de imágenes, tales como tomografías o resonancias magnéticas)	\$0	<p>Se requiere una referencia, excepto para las radiografías. Se requiere autorización previa para:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios radiológicos de diagnóstico (resonancias magnéticas, tomografías)</li> </ul> <p>Servicios de radiología terapéutica (como tratamiento de radiación para el cáncer)</p>
	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.



**Si tiene preguntas**, por favor 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. **Si desea más información**, visite [www.hpsm.org/careadvantage](http://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)
<b>Necesita servicios de audiología/para la audición</b>	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.º de julio al 30 de junio) para ambos oídos, e incluye moldes, materiales de modificación y accesorios.
<b>Necesita atención dental (continúa en la página siguiente)</b>	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, en su caso. También es responsable de pagar los servicios no cubiertos por su plan o por el Programa HPSM Dental. Para obtener más información, visite <a href="http://hpsm.org/dental">hpsm.org/dental</a> o vea la sección E del capítulo 4 de la <i>Evidencia de cobertura (Manual del miembro)</i> de CareAdvantage.



**Si tiene preguntas**, por favor 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. **Si desea más información**, visite [www.hpsm.org/careadvantage](http://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)
<b>Necesita atención dental (continuación)</b>	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, en su caso. También es responsable de pagar los servicios no cubiertos por su plan o por el Programa HPSM Dental. Para obtener más información, visite <a href="http://hpsm.org/dental">hpsm.org/dental</a> o vea la sección E del capítulo 4 de la <i>Evidencia de cobertura (Manual del miembro)</i> de CareAdvantage.
<b>Necesita atención de la vista</b>	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 (máximo 1 al año)
	Anteojos o lentes de contacto	\$0	Hasta \$175 cada año para <ul style="list-style-type: none"> <li>• anteojos (monturas y lentes) o lentes de contacto</li> </ul>
	Otros servicios de atención de la vista	\$0	



**Si tiene preguntas**, por favor 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. **Si desea más información**, visite [www.hpsm.org/careadvantage](http://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)
<p><b>Necesita servicios de salud mental (continúa en la página siguiente)</b></p>	<p>Servicios de salud mental</p>	<p>\$0</p>	<p>Se requiere una evaluación por parte de BHRS para:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• visita a terapia de grupo para pacientes ambulatorios</li> <li>• visita a terapia individual para pacientes ambulatorios</li> <li>• visita a terapia individual para pacientes ambulatorios con un psiquiatra</li> <li>• visita a terapia de grupo para pacientes ambulatorios con un psiquiatra</li> <li>• servicios del programa de hospitalización parcial</li> </ul> <p>Los servicios de salud mental son ofrecidos por HPSM y Servicios de Recuperación y Salud Conductual del Condado de San Mateo, BHRS (San Mateo County Behavioral Health and Recovery Services) según los síntomas y la necesidad.</p> <p>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.</p>



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)
<p><b>Necesita servicios de salud mental (continuación)</b></p>	<p>Atención para pacientes hospitalizados y ambulatorios y servicios basados en la comunidad para personas que necesitan servicios de salud mental</p>	<p>\$0</p>	<p>Se requiere autorización previa de BHRS.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>Los servicios de salud mental a largo plazo son proporcionados a través de los Servicios de Recuperación y Salud Conductual del Condado de San Mateo (San Mateo County Behavioral Health and Recovery Services, BHRS).</p> <p>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.</p>



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)
<p><b>Necesita servicios para trastornos por consumo de sustancias</b></p>	<p>Servicios para trastornos por consumo de sustancias</p>	<p>\$0</p>	<p>Se requiere una referencia para los servicios por consumo de sustancias para pacientes ambulatorios.</p> <p>Se requiere autorización previa de BHRS para:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• visita a terapia de grupo para pacientes ambulatorios por consumo de sustancias</li> <li>• visita a terapia individual para pacientes ambulatorios por consumo de sustancias</li> </ul> <p>Los servicios para el consumo de sustancias se proporcionan a través de los Servicios de Recuperación y Salud Conductual del Condado de San Mateo (San Mateo County Behavioral Health and Recovery Services, BHRS).</p> <p>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.</p>



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)
<b>Necesita un lugar para vivir con personas que puedan ayudarle</b>	Atención de enfermería especializada	\$0	<p>Se requiere autorización previa.</p> <p>Nuestro plan cubre un número ilimitado de días en un centro de cuidados especializados de enfermería (SNF, por sus siglas en inglés).</p>
	Atención en una residencia para personas mayores	\$0	<p>Se requiere una referencia.</p> <p>Se requiere la autorización de su PCP si usted permanece hospitalizado menos de 3 días antes de ingresar a un SNF.</p>
	Cuidados de tutela para adultos y cuidados de tutela para adultos en grupo	\$0	
<b>Necesita terapia después de un derrame cerebral o un accidente</b>	Terapia ocupacional, física o del habla	\$0	<p>Se requiere una referencia.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p> <p>El beneficiario debe cumplir con los criterios de elegibilidad para recibir terapia ocupacional, física o del habla que no sea de Medicare.</p>



**Si tiene preguntas**, por favor 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. **Si desea más información**, visite [www.hpsm.org/careadvantage](http://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)
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.



**Si tiene preguntas**, por favor 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. **Si desea más información**, visite [www.hpsm.org/careadvantage](http://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)
<p><b>Necesita ayuda para trasladarse a los servicios de salud (continuación)</b></p>	<p>Transporte a citas y servicios médicos</p>	<p>\$0</p>	<p>Transporte no médico (NMT). Este beneficio permite el transporte a los servicios médicos en auto de pasajeros, taxi u otras formas de transporte público/privado. \$0 de copago por el traslado a un servicio cubierto. Tenemos contrato con American Logistics Company (ALC) para ofrecer este servicio. Para solicitar un traslado, llame a ALC al <b>1-877-356-1080</b>, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m., al menos <b>dos (2) días hábiles antes de su cita</b>. Si usted tiene un servicio imprevisto, llame a ALC para reservar su traslado lo antes posible. Se aplican limitaciones. Se requiere autorización previa de ALC.</p> <p>Transporte médico no de emergencia (NEMT). Este beneficio incluye servicios de transporte médico en ambulancia, camioneta/furgoneta con camilla y furgoneta para silla de ruedas para atención que no es de emergencia. HPSM requiere autorización previa para los servicios de NEMT. Lea el capítulo 4 de la <i>Evidencia de cobertura (Manual del miembro)</i> para obtener más información.</p>



**Si tiene preguntas**, por favor 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. **Si desea más información**, visite [www.hpsm.org/careadvantage](http://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)
<b>Necesita medicamentos para tratar su enfermedad o condición médica (continúa en la página siguiente)</b>	Medicamentos con receta médica 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 la <i>Evidencia de cobertura (Manual del miembro)</i> para obtener más información sobre estos medicamentos.



**Si tiene preguntas**, por favor 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. **Si desea más información**, visite [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).

<p><b>Necesita medicamentos para tratar su enfermedad o condición médica (continuación)</b></p>	<p>Medicamentos genéricos (sin marca)</p>	<p>Usted paga \$0, \$1.55 o \$4.5 por un suministro de 30 días.</p> <p>Los copagos de los medicamentos con receta pueden variar dependiendo del nivel de Ayuda adicional que usted reciba. Para obtener más detalles, comuníquese con el plan.</p>	<p>Pueden existir limitaciones sobre los tipos de medicamentos cubiertos. Por favor consulte la <i>Lista de medicamentos cubiertos</i> de (Lista de medicamentos/Lista de medicamentos aprobados) de CareAdvantage para obtener más información.</p> <p>Una vez que usted u otras personas en su nombre paguen \$8,000, usted habrá alcanzado la etapa de cobertura catastrófica y pagará \$0 por todos sus medicamentos de Medicare. Lea la <i>Evidencia de cobertura (Manual del miembro)</i> para obtener más información sobre esta etapa.</p> <p>Usted puede obtener un suministro de 30 días o de 90 días de estos medicamentos en cualquier farmacia minorista de la red o de pedidos por correo. Su copago será el mismo.</p> <p><b>Mensaje importante sobre lo que paga por las vacunas</b> – Algunas vacunas se consideran beneficios médicos. Otras vacunas se consideran medicamentos de la Parte D. Puede encontrar estas vacunas enumeradas en la <i>Lista de medicamentos cubiertos (Lista de medicamentos/Lista de medicamentos aprobados)</i> del plan. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo alguno para usted.</p>
---	---	--	--





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)
<p><b>Necesita medicamentos para tratar su enfermedad o condición médica (continuación)</b></p>	<p>Medicamentos de marca</p>	<p>Usted paga \$0, \$4.60 u \$11.20 por un suministro de 30 días.</p> <p>Los copagos de los medicamentos con receta pueden variar dependiendo del nivel de Ayuda adicional que usted reciba. Para obtener más detalles, comuníquese con el plan.</p>	<p>Pueden existir limitaciones sobre los tipos de medicamentos cubiertos. Por favor consulte la <i>Lista de medicamentos cubiertos (Lista de medicamentos/Lista de medicamentos aprobados)</i> de CareAdvantage para obtener más información.</p> <p>Usted puede obtener un suministro de 30 días o de 90 días de estos medicamentos en su farmacia. Su copago será el mismo.</p>
	<p><b>Artículos y medicamentos que no requieren receta médica (OTC)</b></p>	<p>\$0</p>	<p>Pueden existir limitaciones sobre los tipos de medicamentos cubiertos. Por favor consulte la <i>Lista de medicamentos cubiertos ((Lista de medicamentos/Lista de medicamentos aprobados)</i> de CareAdvantage para obtener más información.</p>



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)
<b>Necesita ayuda para recuperarse o tiene otras necesidades especiales de atención médica</b>	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.
	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.
<b>Necesita atención de los pies (continúa en la página siguiente)</b>	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.



**Si tiene preguntas**, por favor 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. **Si desea más información**, visite [www.hpsm.org/careadvantage](http://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)
<b>Necesita atención de los pies (continuación)</b>	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 reglas de Medicare.



**Si tiene preguntas**, por favor 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. **Si desea más información**, visite [www.hpsm.org/careadvantage](http://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)
<p><b>Necesita equipo médico duradero (DME, por sus siglas en inglés)</b></p> <p><b>Nota:</b> Esta no es una lista completa de los equipos DME cubiertos. Para obtener una lista completa, póngase en contacto con el Departamento de CareAdvantage o consulte el capítulo 4 de la <i>Evidencia de cobertura (Manual del miembro)</i>.</p>	Sillas de ruedas, muletas y andadores	\$0	<p>Nuestro plan tiene proveedores y fabricantes preferentes de equipo médico duradero (DME).</p> <p>Comuníquese con el Departamento de CareAdvantage para obtener más información. Se requiere una referencia para el DME que se utilice fuera del hogar.</p>
	Nebulizadores	\$0	<p>Nuestro plan tiene proveedores y fabricantes preferentes de equipo médico duradero (DME).</p> <p>Comuníquese con el Departamento de CareAdvantage para obtener más información. Se requiere una referencia para el DME que se utilice fuera del hogar.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>
	Equipos de oxígeno y suministros	\$0	<p>Nuestro plan tiene proveedores y fabricantes preferentes de equipo médico duradero (DME).</p> <p>Comuníquese con el Departamento de CareAdvantage para obtener más información. Se requiere una referencia para el DME que se utilice fuera del hogar.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>



**Si tiene preguntas**, por favor 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. **Si desea más información**, visite [www.hpsm.org/careadvantage](http://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)
<p><b>Necesita ayuda para continuar viviendo en su casa (continúa en la página siguiente)</b></p>	<p>Servicios de salud en el hogar</p>	<p>\$0</p>	<p>Se requiere una referencia. Se requiere autorización previa.</p> <p>Solo quienes están en el programa Servicios comunitarios para adultos (Community-Based Adult Services CBAS) son elegibles para visitas de atención a domicilio cubiertas por Medicare para los siguientes servicios.</p> <p>El beneficiario debe tener 18 años o más y cumplir con el nivel de atención de los centros de enfermería:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• horas de atención adicionales</li> <li>• servicios de atención personal</li> </ul>



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)
<p><b>Necesita ayuda para continuar viviendo en su casa (continuación)</b></p>	<p>Servicios a domicilio, como limpieza o tareas domésticas, o modificaciones a la vivienda como barras de sujeción</p>	<p>\$0</p>	<p>Beneficio limitado, restringido a aquellas personas que tienen necesidades específicas tal y como lo determine el plan de atención individualizada.</p> <p>Los servicios de apoyo en el hogar (IHSS) se proporcionan a través de los Servicios para Adultos y Ancianos del Condado de San Mateo (San Mateo County Aging and Adult Services). Llame a la línea TIES de Servicios para Adultos y Ancianos al 1-800-675-8437 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 cumple los requisitos y necesita IHSS.</p> <p>Se puede acceder a servicios de cuidado personal y de tareas domésticas que superen lo que brinda IHSS a través del beneficio de servicios de apoyo comunitario.</p>



**Si tiene preguntas**, por favor 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. **Si desea más información**, visite [www.hpsm.org/careadvantage](http://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)
<b>Necesita ayuda para continuar viviendo en su casa (continuación)</b>	Atención médica diurna para adultos, Servicios comunitarios para adultos (Community-Based Adult Services, CBAS), u otros servicios de apoyo	\$0	<p>Se requiere autorización previa. Los requisitos para recibir Servicios comunitarios para adultos (Community-Based Adult Services, CBAS), anteriormente conocidos como Atención Médica Diurna para Adultos (Adult Day Health Care, ADHC) se determinan mediante una evaluación y un plan individualizado de servicios que satisface sus necesidades sociales y de atención médica específicas. Los servicios comunitarios para adultos son un beneficio de atención administrada, por lo que HPSM los cubre.</p> <p>Nota: Si no hay un centro de CBAS, HPSM puede explorar centros o servicios alternativos que satisfagan sus necesidades.</p>
	Servicios de habilitación cotidiana	\$0	



**Si tiene preguntas**, por favor 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. **Si desea más información**, visite [www.hpsm.org/careadvantage](http://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)
<p><b>Necesita ayuda para continuar viviendo en su casa (continuación)</b></p>	<p>Son servicios para ayudarle a vivir de forma autónoma (servicios de atención médica en el hogar o de asistente personal)</p>	<p>\$0</p>	<p>Los servicios de apoyo en el hogar (IHSS) se proporcionan a través de los Servicios para Adultos y Ancianos del Condado de San Mateo (San Mateo County Aging and Adult Services). Llame a la línea TIES de Servicios para Adultos y Ancianos al 1-800-675-8437 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 cumple los requisitos y si necesita servicios de apoyo en el hogar.</p> <p>Se puede acceder a servicios de cuidado personal y de tareas domésticas que superen lo que brinda servicios de apoyo en el hogar a través del beneficio de servicios de apoyo comunitario.</p>





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)
<b>Servicios adicionales</b> <b>(continúa en la página siguiente)</b>	Servicios quiroprácticos	\$0	<p>Se limita al tratamiento de la columna vertebral mediante manipulación manual y se limita a 24 visitas.</p> <p>Cubre:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Menores de 21 años</li> <li>• Adultos que reciben estos servicios en la clínica para pacientes ambulatorios de un hospital</li> <li>• Embarazadas si la condición médica complica el embarazo.</li> <li>• Residentes de un centro de enfermería o un centro de atención intermedia.</li> </ul> <p>Lea el capítulo 4 de la <i>Evidencia de cobertura (Manual del miembro)</i> para obtener más información.</p>



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)
<b>Servicios adicionales (continuación)</b>	Cobertura de emergencias en todo el mundo	\$0	Mientras esté de viaje en cualquier parte del mundo por 6 meses o menos, tendrá cobertura de atención y servicios de emergencia por un monto de hasta \$25,000.



**Si tiene preguntas**, por favor 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. **Si desea más información**, visite [www.hpsm.org/careadvantage](http://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)
<b>Servicios adicionales (continuación)</b>	Healthy Foods/comestibles	\$0	<p>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. Este beneficio entra en vigor el primer día de cada trimestre: el 1.º de enero, el 1.º de abril, el 1.º de julio y el 1.º de octubre. Los saldos no utilizados no pasan al siguiente trimestre. Perderá todo saldo no utilizado el primer día del siguiente trimestre.</p> <p>Puede utilizar este beneficio para obtener artículos como fruta, verduras, carnes y alimentos enlatados, y otros productos que cumplen los requisitos incluidos en el sitio web del proveedor, y/o en tiendas minoristas (lo que se basa en la lista aprobada).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Asignación trimestral de \$65</b></li> </ul> <p><b>Para poder reunir los requisitos de este beneficio, debe tener ciertas condiciones médicas crónicas.</b></p> <p><b>Los artículos deben formar parte de la lista de productos alimenticios aprobados.</b></p>



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)
<b>Servicios adicionales (continuación)</b>	Artículos que no requieren receta médica (OTC)	\$0	<p>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.º de enero, el 1.º de abril, el 1.º de julio y el 1.º de octubre. Los saldos no utilizados no pasan al siguiente trimestre. Perderá todo saldo no utilizado el primer día del siguiente trimestre.</p> <p>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 CMS).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Asignación trimestral de \$90</b></li> </ul> <p>Los artículos deben formar parte de la lista de productos que no requieren receta médica (OTC) aprobados autorizada por CMS.</p>



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)
<b>Servicios adicionales (continuación)</b>	Suministros y servicios para la diabetes	\$0	Se necesita autorización previa si los suministros no figuran en la lista de medicamentos aprobados.  Incluyen: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Materiales para el control de la diabetes y</li> <li>• Zapatos o plantillas terapéuticos</li> </ul> Nuestro plan limita los materiales 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.

Este resumen de beneficios se proporciona solo con fines de información y no es una lista completa de los beneficios. Para obtener una lista completa y más información sobre sus beneficios, puede leer *la Evidencia de cobertura (Manual del miembro)* de CareAdvantage. Si no tiene una *Evidencia de cobertura (Manual del miembro)*, llame al Departamento de CareAdvantage al número que aparece al final de esta página para obtener un ejemplar. Si tiene alguna pregunta, también puede llamar al Departamento de CareAdvantage o visitar [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).



**Si tiene preguntas**, por favor 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. **Si desea más información**, visite [www.hpsm.org/careadvantage](http://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.



**Si tiene preguntas**, por favor 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. **Si desea más información**, visite [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).

Otros servicios cubiertos por Medicare, Medi-Cal o una agencia estatal	Sus costos
<p>Pago por servicio dental de Medi-Cal (Medi-Cal Dental Fee-for-Service) [<i>todos los condados excepto Sacramento y San Mateo, y algunos miembros en el condado de Los Ángeles</i>] comuníquese con Medi-Cal Dental llamando al 1-800-322-6384 o visite el sitio web en <a href="http://smilecalifornia.org/">smilecalifornia.org/</a>.</p> <p>Servicios dentales en San Mateo cubiertos a través de Health Plan of San Mateo (HPSM). Miembros de Medi-Cal de HPSM, <a href="http://www.hpsm.org/dental">www.hpsm.org/dental</a>, 1-800-750-4776 o bien 1-650-616-2133. TTY: 1-800-855-3000 o marque 7-1-1.</p>	\$0
Ciertos servicios de atención de cuidados paliativos 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 (In-Home Support Services IHSS)	\$0
Servicios especializados en salud mental y trastornos por consumo de sustancias	\$0
Exoneración de asistencia para la vida diaria (ALW)	\$0
Programa de propósitos múltiples para personas mayores (MSSP)	\$0
Servicios de centros regionales	\$0



**Si tiene preguntas**, por favor 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. **Si desea más información**, visite [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).

---

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

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 otros aparatos para poca visión	Este plan no cubre queratotomía radial, cirugía LASIK, terapia de la vista ni otros aparatos para poca visión.
Servicios de naturopatía (uso de tratamientos naturales o alternativos)	Este plan no cubre servicios de naturopatía.

---

## 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 la *Evidencia de cobertura (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 (lo que incluye estereotipos sexuales e identidad de género), 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



**Si tiene preguntas**, por favor 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. **Si desea más información**, visite [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).



- **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 usted pueda 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 su proveedor de atención médica le aconseja no rechazarlo
  - Dejar de usar un medicamento, incluso si su 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
  
- **Usted tiene derecho a obtener 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/](http://www.dmhc.ca.gov/)) cuenta con formularios de queja, formularios de solicitud de evaluación médica independiente (Independent Medical Review, IMR) e instrucciones.
  - Solicitar una evaluación médica independiente de los servicios de Medi-Cal o de artículos de naturaleza médica al Departamento de Atención Médica Administrada de California
  - 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 sobre sus derechos, puede leer la *Evidencia de cobertura (Manual del miembro)*. Si tiene alguna pregunta, puede comunicarse con CareAdvantage llamando 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 (ombudsman) de las personas que tienen tanto Medicare como Medi-Cal al 1-855-501-3077, de lunes a viernes, de 9:00 a.m. a 5:00 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 8:00 a.m. a 5:00 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. Es posible que pueda apelar nuestra decisión.

Si tiene preguntas sobre quejas y apelaciones, puede leer el capítulo 9 de la *Evidencia de cobertura (Manual del miembro)*. También puede llamar al Departamento de CareAdvantage a los números que aparecen al final de la 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](http://grievance.hpsm.org)

Correo postal: Grievance and Appeals Unit  
Health Plan of San Mateo  
801 Gateway Blvd., Suite 100  
South San Francisco, CA 94080

Si no está de acuerdo con una decisión tomada por HPSM sobre su cobertura, o si no está satisfecho con el proceso para resolver una queja, puede presentar una queja o solicitar una evaluación médica independiente (Independent Medical Review, IMR) al Centro de Ayuda del



**Si tiene preguntas**, por favor 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. **Si desea más información**, visite [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).

Departamento de Atención Médica Administrada (Department of Managed Health Care, DMHC) de California. Puede ponerse en contacto con la sección de Evaluaciones médicas independientes (IMR) del Departamento de Atención Médica Administrada por:

Teléfono: 1-888-466-2219, TDD 1-877-688-9891

Fax: 1-916-255-5241

En línea: <https://www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint.aspx>

Correo postal: Help Center  
Department of Managed Health Care  
980 9<sup>th</sup> Street, Suite 500  
Sacramento, CA 95814

Al presentar una queja, el DMHC evaluará nuestra decisión y tomará una determinación. Una evaluación IMR está disponible para cualquier servicio o artículo cubierto por Medi-Cal que sea de naturaleza médica. Una IMR es una evaluación de su caso llevada a cabo por médicos que no son parte de nuestro plan ni parte de DMHC. Si la IMR se decide a su favor, le debemos brindar el servicio o artículo que ha solicitado. Usted no paga costo alguno por una IMR.

Puede presentar una queja o solicitar una IMR en el caso de que nuestro plan:

- Niegue, cambie o retrase un servicio o tratamiento de Medi-Cal porque nuestro plan determina que no es médicamente necesario.
- Rehúse cubrir un tratamiento experimental o de investigación de Medi-Cal para una condición médica grave.
- Rehúse pagar por servicios de emergencia o de urgencia de Medi-Cal que usted ya recibió.
- No haya resuelto su apelación de Nivel 1 con respecto a un servicio de Medi-Cal dentro de 30 días calendario en el caso de una apelación estándar o 72 horas al tratarse de una apelación rápida.
- Cuestione si un servicio o procedimiento quirúrgico era de naturaleza cosmética o reconstructiva.

**NOTA:** Si su proveedor presentó una apelación en su nombre, pero no recibimos su formulario de designación de representante, tendrá que volver a presentar su apelación ante nosotros antes de que pueda solicitar una IMR de nivel 2 ante el Departamento de Atención Médica Administrada.

Usted tiene derecho a una IMR y una audiencia estatal, pero no si ya ha tenido una audiencia estatal sobre el mismo problema.



**Si tiene preguntas**, por favor 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. **Si desea más información**, visite [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).

En la mayoría de los casos, debe presentar una apelación ante nosotros antes de solicitar una IMR. Puede leer el capítulo 9 de la *Evidencia de cobertura (Manual del miembro)* para obtener información sobre el proceso de apelación de nivel 1. Si no está de acuerdo con nuestra decisión, puede presentar una queja ante el DMHC o solicitar una evaluación IMR al Centro de ayuda del DMHC.

Si se le negó el tratamiento porque era experimental o de investigación, usted no tiene que participar en nuestro proceso de apelación antes de solicitar una IMR.

Si su problema es urgente y supone una amenaza inmediata y grave para su salud o si está con mucho dolor, puede someterlo inmediatamente a la atención del DMHC sin tener que pasar primero por nuestro proceso de apelación.

Usted debe **solicitar una IMR en un plazo de 6 meses** a partir de que le enviemos una decisión por escrito sobre su apelación. Sin embargo, el DMHC puede aceptar su solicitud después de 6 meses por un motivo justificado, como por ejemplo, si tuvo una condición médica que le haya impedido solicitar la evaluación IMR en un plazo de 6 meses o si no recibió el aviso correspondiente de nuestra parte sobre el proceso de IMR.

Si usted reúne los requisitos de una IMR, el DMHC evaluará su caso y le enviará una carta dentro de los 7 días calendario para informarle que reúne los requisitos de una IMR. Una vez que se reciban su solicitud y la documentación de respaldo, la decisión de la IMR se tomará dentro de los 30 días calendario. Usted deberá recibir la decisión sobre la IMR dentro de 45 días calendario a partir de la presentación de la solicitud debidamente llenada.

Si su caso es urgente y usted reúne los requisitos de una IMR, el DMHC evaluará su caso y le enviará una carta dentro de los 2 días calendario para informarle que reúne los requisitos correspondientes de una IMR. Una vez que se reciban de su plan su solicitud y la documentación de respaldo, la decisión de la IMR se tomará dentro de los 3 días calendario. Usted deberá recibir la decisión sobre la IMR dentro de 7 días calendario a partir de la presentación de la solicitud debidamente llenada. Si no está satisfecho con el resultado de la IMR, puede solicitar una audiencia estatal.

Una IMR puede tomar más tiempo si el DMHC no recibe todo su expediente médico necesario de usted o del médico que lo trata. Si usted está utilizando un médico que no está en la red de su plan de salud, es importante que obtenga y nos envíe su expediente médico de ese médico. Su plan de salud está obligado a obtener copias de sus expedientes de los médicos que están en la red.

Si el DMHC decide que su caso no reúne los requisitos de una IMR, el DMHC evaluará su caso a través de su proceso de quejas normal del consumidor. Su queja debe resolverse dentro de los 30 días calendario de la presentación de la solicitud debidamente llenada. Si su queja es urgente, se resolverá antes.



---

## H. Lo que debe hacer si sospecha fraude

La mayoría de los profesionales y organizaciones de la atención médica 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 al 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 las 24 horas del día, los 7 días de la semana.



**Si tiene preguntas**, por favor 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. **Si desea más información**, visite [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).

**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.

El Departamento de CareAdvantage también cuenta con servicios gratuitos de interpretación para las personas que no hablan inglés.

TTY 1-800-855-3000 o marcar 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 preguntas sobre su salud:**

- Llame a su proveedor de atención primaria (PCP). Siga las instrucciones que le dé su PCP para recibir atención cuando el consultorio esté cerrado.
- Si el consultorio de su PCP está cerrado, también puede llamar a la línea de asesoramiento por enfermeras. Una enfermera escuchará su problema y le dirá cómo recibir atención. (Por ejemplo, atención de urgencia o sala de emergencia). Los números de la línea de asesoramiento por enfermeras 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.

1-800-855-3000 o marque 7-1-1

Las llamadas a este número son gratuitas. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana

**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

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.

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.







# Saludable es para todos



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

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