



Resumen de Beneficios

HealthWorx HMO

Last Updated

Our Member Services department is Available to Help You

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

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

Monday-Friday:

Phone 8:00am-6:00pm

Office hours 8:00am-5:00pm

Large-print Request

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

Privacy Statement

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

Nuestra Unidad de Servicios al Miembro está disponible para ayudarlo

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

Miembros con dificultades auditivas:

TTY **1-800-855-3000** o marque el 7-1-1

De lunes a Viernes:

Por teléfono 8:00am-6:00pm

Horario de oficina 8:00am-5:00pm

Solicitud de impresión en caracteres grandes

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

Declaración de privacidad

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

我們的會員服務部可為您提供協助

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

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

星期一到星期五

電話: 上午 8:00 至晚上 6:00

辦公室服務時間: 上午 8:00 至下午 5:00

大字版需求

若您需要本手冊的大字版, 請致電會員服務部

隱私權聲明

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

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

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

May Kapansanan sa Pandinig:

TTY **1-800-735-2929** o i-dial ang **7-1-1**

Lunes hanggang Biyernes:

Telepono: 8:00 a.m. hanggang 6:00 p.m.


Mga oras ng opisina: 8:00 a.m. hanggang 5:00 p.m.

Paghiling para sa Pagkakalimbag na may Malalaking Letra

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

Pahayag tungkol sa pagiging pribado ng impormasyon

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

 El documento Resumen de Beneficios y Cobertura (SBC) le ayudará a elegir un plan de salud. El documento SBC le muestra cómo usted y el plan compartirán el costo de los servicios de atención médica cubiertos. **NOTA: La información sobre el costo de este plan (denominado prima) se proporcionará por separado. Esto es solo es un resumen.** Para obtener más información sobre su cobertura, o para solicitar una copia de los términos completos de la cobertura, llame a Servicios al Miembro al 1-800-750-4776. Para ver definiciones generales de términos comunes, tales como cantidad permitida, facturación del saldo, coseguro, copago, deducible, proveedor y otros términos subrayados, consulte el glosario. Puede consultar el glosario en www.healthcare.gov/sbc-glossary o llamar al 1-800-750-4776 para solicitar un ejemplar.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué esto es importante:
¿Cuál es el <u>deducible</u> general?	\$0	Consulte la tabla de Eventos Médicos Comunes más abajo para conocer los costos y servicios que cubre este <u>plan</u> .
¿Hay servicios cubiertos antes de que usted cumpla con su <u>deducible</u> ?	Sí	Este <u>plan</u> no tiene <u>deducible</u> .
¿Hay otros <u>deducibles</u> por servicios específicos?	No	Este <u>plan</u> no tiene <u>deducible</u> . Pero puede aplicarse un <u>copago</u> o un <u>coseguro</u> .
¿Cuál es el <u>límite de desembolso</u> con este <u>plan</u> ?	No aplica	Este <u>plan</u> no tiene <u>límite de desembolso</u> sobre sus gastos.
¿Qué no se incluye en el <u>límite de desembolso</u> ?	No aplica	Este <u>plan</u> no tiene <u>límite de desembolso</u> sobre sus gastos.
¿Pagará usted menos si usa un <u>proveedor dentro de la red</u> ?	Sí. Consulte www.hpsm.org/docs/default-source/member-manuals/healthworx_provider_directory.pdf o llame al 1-800-750-4776 para solicitar una lista de <u>proveedores dentro de la red</u> .	Este <u>plan</u> utiliza una <u>red de proveedores</u> . Usted pagará menos si usa un <u>proveedor</u> dentro de la <u>red del plan</u> . Usted pagará la cantidad más alta si usa un <u>proveedor fuera de la red</u> , y podría recibir una factura de un <u>proveedor</u> por la diferencia entre el cargo del <u>proveedor</u> y lo que su <u>plan</u> paga (<u>facturación del saldo</u>). Tenga presente que su <u>proveedor dentro de la red</u> podría recurrir a un <u>proveedor fuera de la red</u> para algunos servicios (por ejemplo, análisis de laboratorio). Consulte con su <u>proveedor</u> antes de obtener los servicios.
¿Necesita usted una <u>referencia</u> para consultar a un <u>especialista</u> ?	Sí	Este <u>plan</u> paga algunos o todos los costos incurridos al ver a un <u>especialista</u> para recibir servicios cubiertos, pero solo si usted tiene una <u>referencia</u> antes de consultar al <u>especialista</u> .

 Todos los costos de copago y coseguro que se muestran en esta tabla son después de que usted ha alcanzado su deducible, si aplica un deducible.

Situación médica común	Servicios que usted puede necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (usted pagará la cantidad más baja)	Proveedor fuera de la red (usted pagará la cantidad más alta)	
Si usted visita un consultorio o clínica de un proveedor de atención médica	Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	Sin costo	No se cubre	Ninguna
	Visita a un <u>especialista</u>	\$5	No se cubre	Se requiere la <u>referencia</u> de un <u>médico de atención primaria</u> . El miembro paga los servicios si no es referido.
	<u>Atención preventiva/detecciones/inmunizaciones</u>	Sin costo	No se cubre	Es posible que usted tenga que pagar los servicios que no sean preventivos. Pregúntele a su proveedor si los servicios necesarios son preventivos. Luego verifique qué es lo que su plan va a pagar.
Si se somete a alguna prueba	<u>Prueba de diagnóstico</u> (radiografía, análisis de sangre)	Sin costo	No se cubre	Ninguna
	Imágenes diagnósticas (tomografía computarizada [CT scan]/tomografía por emisión de positrones [PET scan], resonancia magnética [MRI])	Sin costo	No se cubre	<u>La autorización previa</u> es obligatoria para los servicios de radiología diagnóstica (CT scan, PET scan, MRI)
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o condición médica Se ofrece más información acerca de la <u>cobertura de medicamentos con receta</u> en www.hpsm.org/member/healthworx/prescriptions-pharmacies	Medicamentos genéricos	\$3	No se cubre	Cubre una provisión para hasta 90 días, a menos que se indique otra cosa en la lista de medicamentos aprobados. * Consulte la descripción de los medicamentos con receta en la sección 6 (Servicios cubiertos, beneficios y copagos) en la Evidencia de cobertura de HealthWorx.
	Medicamentos de marca	\$10	No se cubre	
	<u>Medicamentos especializados</u>	\$3 o \$10	No se cubre	

* Para obtener más información sobre las limitaciones y excepciones, consulte el documento del plan o de la póliza en www.hpsm.org/member/healthworx/member-resources.

Situación médica común	Servicios que usted puede necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (usted pagará la cantidad más baja)	Proveedor fuera de la red (usted pagará la cantidad más alta)	
Si se somete a cirugía como paciente externo	Cuota del centro (por ejemplo, centro de cirugía ambulatoria)	Sin costo	No se cubre	\$5 de <u>copago</u> por terapia física, ocupacional y del habla para pacientes ambulatorios.
	Cuotas del médico/cirujano	Sin costo	No se cubre	Podría requerirse <u>autorización previa</u> .
Si necesita atención médica inmediata	<u>Atención en sala de emergencia</u>	\$25	No se cubre	El <u>copago</u> se exime si queda hospitalizado.
	<u>Transporte médico de emergencia</u>	Sin costo	No se cubre	Ninguna
	<u>Atención de urgencia</u>	Sin costo	No se cubre	Ninguna
Si usted es hospitalizado	Cuota del centro (por ejemplo, cuarto de hospital)	Sin costo	No se cubre	Excepto en una emergencia, su médico debe informar al plan que usted ingresará al hospital.
	Cuotas del médico/cirujano	Sin costo	No se cubre	Ninguna
Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o abuso de drogas	Servicios para pacientes ambulatorios	\$5	No se cubre	Los servicios de salud mental y conductual se proporcionan a través de San Mateo County Behavioral Health and Recovery Services (BHRS). Puede llamar al centro de atención telefónica para obtener acceso a los servicios de BHRS al 1-800-686-0101 (TTY: 7-1-1) si desea más información. Se requiere <u>autorización previa</u> de BHRS.
	Servicios para pacientes hospitalizados	Sin costo	No se cubre	Los servicios de salud mental y conductual se proporcionan a través de San Mateo County Behavioral Health and Recovery Services (BHRS).
Si usted está embarazada	Visitas en consultorio	Sin costo	No se cubre	Ninguna

* Para obtener más información sobre las limitaciones y excepciones, consulte el documento del plan o de la póliza en www.hpsm.org/member/healthworx/member-resources.

Situación médica común	Servicios que usted puede necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (usted pagará la cantidad más baja)	Proveedor fuera de la red (usted pagará la cantidad más alta)	
Si usted está embarazada	Servicios profesionales de parto	Sin costo	No se cubre	<p>La atención como paciente hospitalizada se limita a un máximo de 48 horas, o 96 horas después de una cesárea.*</p> <p>La atención hospitalaria para recién nacidos hospitalizados se brindará durante un máximo de 48 horas después de un parto vaginal normal y hasta 96 horas después de un parto por cesárea, a menos que HPSM autorice una estadía prolongada.*</p> <p>* Consulte la descripción de embarazo y atención de maternidad en la sección 6 (Servicios cubiertos, beneficios y copagos) de la Evidencia de cobertura de HMO de HealthWorx</p>
	Servicios de parto en centros de atención	Sin costo	No se cubre	
Si necesita ayuda para recuperarse o tiene otras necesidades especiales relacionadas con la salud	<u>Atención médica a domicilio</u>	Sin costo	No se cubre	<p>Se requiere una <u>referencia</u>.</p> <p>Se requiere <u>autorización previa</u>.</p> <p>No se incluye cuidado custodial</p>
	<u>Servicios de rehabilitación</u>	\$5	No se cubre	<p>Se requiere <u>autorización previa</u>.</p> <p>Incluye terapia ambulatoria física, ocupacional, del habla y respiratoria.</p>
	<u>Servicios de habilitación</u>	<u>Excluido</u>	No se cubre	<u>Excluido</u>
	<u>Atención especializada de enfermería</u>	Sin costo	No se cubre	Se requiere <u>autorización previa</u> .
	<u>Equipo médico duradero</u>	Sin costo	No se cubre	<p>Se requiere una <u>referencia</u>.</p> <p>Se requiere <u>autorización previa</u>.</p>

* Para obtener más información sobre las limitaciones y excepciones, consulte el documento del plan o de la póliza en www.hpsm.org/member/healthworx/member-resources.

Situación médica común	Servicios que usted puede necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (usted pagará la cantidad más baja)	Proveedor fuera de la red (usted pagará la cantidad más alta)	
	<u>Servicios de atención de cuidados paliativos</u>	Sin costo	No se cubre	Ninguna
Si su hijo necesita atención dental o de la vista	Examen de la vista para niños	<u>Excluido</u>	No se cubre	<u>Excluido</u>
	Anteojos para niños	<u>Excluido</u>	No se cubre	
	Examen dental para niños	<u>Excluido</u>	No se cubre	

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Servicios que su plan generalmente NO cubre (consulte su póliza o documento del plan para obtener más información y una lista de otros <u>servicios excluidos</u>).		
<ul style="list-style-type: none"> • Cirugía cosmética • Atención dental (adultos), excepto para trabajadores de IHSS, que se cubre a través de SEIU • Examen dental (niños) • Servicios de habilitación 	<ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento de infertilidad • Atención a largo plazo • Atención que no es de emergencia al viajar fuera de Estados Unidos • Enfermería privada 	<ul style="list-style-type: none"> • Atención de la vista de rutina (adultos) • Atención de la vista de rutina (niños) • Programas para bajar de peso

Otros servicios cubiertos (Pueden aplicarse limitaciones a estos servicios. Esta no es una lista completa. Consulte su documento del <u>plan</u>).		
<ul style="list-style-type: none"> • Acupuntura • Cirugía bariátrica 	<ul style="list-style-type: none"> • Atención quiropráctica • Aparatos auditivos 	<ul style="list-style-type: none"> • Atención de rutina de los pies

Sus derechos para continuar la cobertura: Hay agencias que le pueden ayudar si desea continuar con su cobertura después de que esta termine. Los datos de contacto de esas agencias son: Health Plan of San Mateo **1-800-750-4776**. También puede comunicarse con el Departamento de Atención de la Salud Administrada de California (California Department of Managed Health Care) llamando al **1-888-466-2219**. Puede haber otras opciones de cobertura para usted, incluso que adquiera cobertura de seguro individual a través del mercado de seguros médicos. Para obtener más información sobre el mercado de seguros, visite www.HealthCare.gov o llame al **1-800-318-2596**.

Sus derechos a reclamaciones y apelaciones: Hay agencias que lo pueden ayudar si usted tiene una queja en contra de su plan por la negación de un reclamo. Esta queja se llama reclamación apelación. Para obtener más información sobre sus derechos, consulte la explicación de los beneficios que recibirá por ese reclamo médico. Los documentos de su plan también proporcionan información completa para presentar un reclamo, una apelación o una reclamación por cualquier motivo a su plan. Para obtener más información sobre sus derechos, este aviso o recibir ayuda, comuníquese con:

Member Services
Plan de Salud de San Mateo
801 Gateway Boulevard, Suite 100 South San Francisco, CA 94080
Teléfono: **1-800-750-4776** o **650-616-2133** (TTY: **1-800-855-3000** o marque **7-1-1**)
Fax: 650-616-8581
www.hpsm.org

Asimismo, un programa de asistencia al consumidor puede ayudarle a presentar su apelación. Póngase en contacto con:

California Department of Managed Health Care
California Help Center
980 9th St, Suite 500 Sacramento, CA 95814
Teléfono: **1-888-466-2219** TDD: **1-877-688-9891**
Fax: 1-916-255-5241
www.dmhc.ca.gov
helpline@dmhc.ca.gov

¿Este plan brinda cobertura esencial mínima? Sí.

La cobertura esencial mínima generalmente incluye planes y seguros médicos adquiridos a través del mercado de seguros u otras pólizas individuales del mercado, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y otras coberturas determinadas. Si cumple los requisitos para ciertos tipos de cobertura esencial mínima, es posible que no los cumpla para recibir crédito impositivo por la prima.

¿Cumple este plan los estándares de valor mínimo? Sí.

Si su plan no cumple los estándares de valor mínimo, tal vez usted sea elegible para un crédito fiscal por la prima para ayudarle a pagar un plan a través del mercado de seguros.

Servicios de acceso a idiomas:

Español: Para obtener asistencia en español, llame al 1-800-750-4776.

Tagalo (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-800-750-4776.

Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码1-800-750-4776.

Navajo (Dine): Dineke'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 1-800-750-4776.

Para ver ejemplos de cómo este plan podría cubrir los costos de una situación médica de ejemplo, consulte la siguiente

Declaración de divulgación en virtud de PRA: De conformidad con la Ley sobre la Reducción de Trámites Burocráticos (Paperwork Reduction Act) de 1995, ninguna persona tiene la obligación de responder a la recopilación de información a menos que la misma exhiba un número de control válido de la OMB. El número de control válido de la OMB para la recopilación de esta información es **0938-1146**. Se estima que el tiempo requerido para realizar esta recopilación de información es de **0.08** horas en promedio por respuesta, lo que incluye el tiempo para revisar las instrucciones, realizar búsquedas en los recursos de datos existentes, reunir los datos necesarios y realizar y revisar la recopilación de la información. Si tiene comentarios con respecto a la exactitud de las estimaciones de tiempo o sugerencias para mejorar este formulario, sírvase escribir a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

* Para obtener más información sobre las limitaciones y excepciones, consulte el documento del plan o de la póliza en www.hpsm.org/member/healthworx/member-resources.

Acerca de estos ejemplos de cobertura:



Esto no es una estimación de costos. Los tratamientos que se muestran son solo ejemplos de la manera en que este plan podría cubrir la atención médica. Sus costos reales serán diferentes dependiendo de la atención que usted reciba, los precios que cobren sus proveedores y muchos otros factores. Centre su atención en las cantidades de los costos compartidos (deducibles, copagos y coseguro) y los servicios excluidos en el marco del plan. Use esta información para comparar la porción de los costos que usted podría pagar bajo diferentes planes de salud. Tenga en cuenta que estos ejemplos de cobertura se basan en la cobertura individual únicamente.

Paty va a tener un bebé

(9 meses de atención prenatal y parto en un hospital dentro de la red)

- El deducible general del plan \$0
- Especialista [costo compartido] \$5
- Hospital (o centro) [costo compartido] 0%
- Otro [costo compartido] 0%

Este evento de EJEMPLO incluye servicios como:

Especialista, visitas a consultorio (*atención prenatal*)
 Servicios profesionales de parto
 Servicios de parto en centros de atención
Pruebas de diagnóstico (*ultrasonidos y análisis de sangre*)
Especialista, visita (*anestesia*)

Costo total en este ejemplo \$12,600

En este ejemplo, Paty pagaría:

<i>Costo compartido</i>	
Deducibles	\$0
Copagos	\$22
Coseguro	\$0
<i>Lo que no se cubre</i>	
Límites o exclusiones	\$60
El total que Paty pagaría es	\$82

El control de la diabetes tipo 2 de José

(un año de atención rutinaria dentro de la red de una enfermedad bien controlada)

- El deducible general del plan \$0
- Especialista [costo compartido] \$5
- Hospital (o centro) [costo compartido] 0%
- Otro [costo compartido] 0%

Este evento de EJEMPLO incluye servicios como:

Médico de atención primaria, visitas a consultorio (*incluye educación sobre la enfermedad*)
Pruebas de diagnóstico (*análisis de sangre*)
Medicamentos con receta
Equipo médico duradero (*medidor de glucosa*)

Costo total en este ejemplo \$7,200

En este ejemplo, José pagaría:

<i>Costo compartido</i>	
Deducibles	\$0
Copagos	\$182
Coseguro	\$0
<i>Lo que no se cubre</i>	
Límites o exclusiones	\$55
El total que José pagaría es	\$237

La fractura simple de Marta

(visita a sala de emergencias dentro de la red y atención de seguimiento)

- El deducible general del plan \$0
- Especialista [costo compartido] \$5
- Hospital (o centro) [costo compartido] 0%
- Otro [costo compartido] 0%

Este evento de EJEMPLO incluye servicios como:

Atención en sala de emergencias (*incluye suministros médicos*)
Prueba de diagnóstico (*radiografía*)
Equipo médico duradero (*muletas*)
Servicios de rehabilitación (*terapia física*)

Costo total en este ejemplo \$1,900

En este ejemplo, Marta pagaría:

<i>Costo compartido</i>	
Deducibles	\$0
Copagos	\$15
Coseguro	\$0
<i>Lo que no se cubre</i>	
Límites o exclusiones	\$0
El total que Marta pagaría es	\$15

El plan sería responsable de los otros costos de servicios cubiertos en estos EJEMPLOS.



Saludable es para todos



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

tel 800.750.4776 toll-free

tel 650.616.0050 local

fax 650.616.0060

tty 800.735.2929 or dial 7-1-1

www.hpsm.org