

# GUÍA DE BENEFICIOS

## Para Healthy Families

### Bajo La Autoridad Regional de Salud de Santa Bárbara

EL PROPÓSITO DE ESTA GUÍA DE BENEFICIOS, ES PARA AYUDARLE A COMPARAR LOS BENEFICIOS DE COBERTURA Y ES SOLAMENTE UN RESUMEN. REFIÉRASE A LA SECCIÓN DE DESCRIPCIÓN DE BENEFICIOS PARA UNA DESCRIPCIÓN MÁS DETALLADA DE LOS BENEFICIOS DE LA COBERTURA, Y DE LAS LIMITACIONES.

| Beneficios*                       | Servicios                                                                                                               | Costo al Miembro (co-pago)                                                                                                                                                                                                                                                    |
|-----------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Servicios para pacientes internos | Habitación y hospedaje, cuidado general de enfermería, y todos los servicios auxiliares que son médicamente necesarios. | Sin co-pago                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| Servicios para pacientes externos | Servicios de diagnóstico, terapéutico, y servicios quirúrgicos que se rindieron en un hospital, o en un centro externo. | Sin co-pago excepto <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$5 por visita para terapia física, ocupacional y del habla, que se rindieron para paciente externo.</li> <li>• \$5 por visita para los servicios de atención médica</li> </ul>                                  |
| Servicios profesionales           | Servicios y consultas por un médico o por un proveedor de cuidado médico con licencia.                                  | \$5 por visitas a la oficina del médico o en el hogar, excepto: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sin co-pago para servicios profesionales para paciente interno en un hospital</li> <li>• Sin co-pago para cirugía, anestesia, radiación, quimioterapia, o</li> </ul> |

| Beneficios*                                           | Servicios                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Costo al Miembro (co-pago)                                                                                                                                                                                                 |
|-------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | tratamientos de diálisis <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sin co-pago para miembros de 24 meses de edad o más jóvenes.</li> <li>• Sin co-pago para pruebas de visión y oído, o para aparatos auditivos.</li> </ul> |
| Servicios médicos preventivos                         | Exámenes médicos rutinarios, pruebas diagnosticas de rutina, servicios de laboratorio, vacunas, y servicios para detectar enfermedades sintomáticas                                                                                                                                                | Sin co-pago                                                                                                                                                                                                                |
| Radiografía diagnóstica y servicios de laboratorio ** | Servicios de laboratorio, diagnósticos, y servicios terapéuticos radiológicos necesarios para evaluar, diagnosticar, y tratar apropiadamente a los miembros.                                                                                                                                       | Sin co-pago                                                                                                                                                                                                                |
| Cuidado de diabetes **                                | Administración y tratamiento de equipo y suministros utilizados para los diabéticos que usan insulina, los diabéticos que no usan insulina, y para diabetes gestacional (durante el embarazo) cuando sean medicamento necesarios, aunque los suministros (artículos) estén disponibles sin receta. | \$5 co-pago por visita<br>Co-pago para medicamentos como se describe en la Sección de "Programa de Medicamentos Recetados"                                                                                                 |
| Cobertura de medicamentos de receta                   | Medicamentos recetados por un proveedor de servicios de salud con licencia.                                                                                                                                                                                                                        | \$5 por cada receta – suministros de 30-34 días para medicinas genéricas y de marca registrada<br><br>\$5 por cada receta - suministros de 90-100 días de medicamentos de                                                  |

| Beneficios*                          | Servicios                                                                                                                                                                                                                   | Costo al Miembro (co-pago)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|--------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                      |                                                                                                                                                                                                                             | mantenimiento <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sin co-pago para medicamentos recetados suministrados a un paciente interno</li> <li>• Sin co-pago para medicamentos administrados en la oficina de un médico, o en un centro para pacientes externos.</li> <li>• Sin co-pago para suministros y dispositivos anticonceptivos aprobados por la Administración de Drogas y Alimentos (FDA)</li> </ul> |
| Equipo médico duradero               | Equipo médico apropiado para el uso en el hogar que principalmente sirve para un propósito médico, con la intención de un uso repetido, y que por lo general no es útil a una persona que no tiene una enfermedad o lesión. | Sin co-pago                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| Aparatos ortóticos/prostéticos **    | Original o reemplazo de aparatos cuando sean prescritos por un proveedor de servicios de salud con licencia.                                                                                                                | Sin co-pago                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| Lentes para cataratas y lentillas ** | Lentes para cataratas y lentillas, micro lentillas para cataratas, o lentillas intraoculares que reemplazan los lentes naturales del ojo después de que se hace una operación de cataratas.                                 | Sin co-pago                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |

| Beneficios*                                     | Servicios                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Costo al Miembro (co-pago)                                                                                                                     |
|-------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Cuidado de maternidad                           | Servicios profesionales y de hospital relacionados con el cuidado de maternidad.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Sin co-pago                                                                                                                                    |
| Servicios de planificación familiar             | Servicios voluntarios de planificación familiar.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Sin co-pago                                                                                                                                    |
| Servicios de transporte médico **               | El transporte de emergencia en una ambulancia y el transporte no urgente para transferir a un miembro entre un hospital a otro hospital; entre un hospital a un establecimiento; o entre un establecimiento a una casa.                                                                                                                                                                                                                                               | Sin co-pago                                                                                                                                    |
| Servicios de atención médica de emergencia **   | Servicios de emergencia se cubren en ambos dentro y fuera del área de servicio del plan de salud y dentro y fuera del área de servicio del plan de los establecimientos que participan.                                                                                                                                                                                                                                                                               | \$5 por visita (con excepción si el miembro es admitido en el hospital)                                                                        |
| Servicios de salud mental para paciente interno | <p>Cobertura durante un confinamiento en un hospital participante.</p> <p>El Departamento de Salud Mental del Condado proporcionará el cuidado para los miembros cuando se determina que tienen una condición de Trastorno Emocional Serio (SED por sus siglas en inglés). El miembro permanecerá inscrito en el plan y continuará recibiendo cuidado médico por medio de los proveedores del plan para servicios que no son relacionados a una condición de SED.</p> | <p>Sin co-pago</p> <p>El beneficio se limita a 30 días por año de cobertura, excepto para el tratamiento de enfermedades severas mentales.</p> |
| Servicios de salud mental para                  | El cuidado de salud mental se cubre cuando los servicios son                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | \$5 por visita                                                                                                                                 |

| Beneficios*                                                           | Servicios                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Costo al Miembro (co-pago)                                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| paciente externo                                                      | <p>ordenados y proporcionados por un profesional de salud mental del Plan.</p> <p>El Departamento de Salud Mental del condado proporcionará el cuidado para los miembros cuando se determina que tienen una condición de Trastorno Emocional Serio (SED). El miembro permanecerá inscrito en el plan y continuará recibiendo cuidado médico por medio de los proveedores del plan para servicios que no son relacionados a una condición de SED.</p> | El beneficio se limita a 20 visitas por año de cobertura, excepto para el tratamiento de enfermedades severas mentales.        |
| Servicios para el abuso del alcohol y las droga para paciente interno | Hospitalización para remover sustancias tóxicas del sistema.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Sin co-pago                                                                                                                    |
| Servicios para el abuso del alcohol y las droga para paciente externo | Intervención en caso de crisis y tratamiento de alcoholismo o abuso de droga.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | \$5 por visita<br><br>El beneficio se limita a 20 visitas por año de cobertura                                                 |
| Servicios de salud en el hogar                                        | Servicios proveídos en el hogar por un personal de cuidado de salud                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Sin co-pago, excepto <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$5 por visita por terapia física, y terapia de habla</li> </ul> |
| Cuidado de enfermería especializada                                   | Servicios proveídos en un centro de enfermería especializada con licencia                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Sin co-pago                                                                                                                    |
| Terapia física, terapia ocupacional, y terapia de habla **            | La terapia se puede proveer en una oficina médica o en otro lugar apropiado de atención de pacientes externos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | \$5 por visita cuando se proporcionan en un lugar de atención de pacientes externos                                            |

| <b>Beneficios*</b>                     | <b>Servicios</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <b>Costo al Miembro (co-pago)</b> |
|----------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|
| Sangre y productos de sangre **        | Incluye el procesamiento, almacenamiento, administración de sangre y productos sanguíneos en un lugar de atención de pacientes internos y externos                                                                                                                                                            | Sin co-pago                       |
| Educación de salud                     | Incluye la educación con respecto a la conducta personal que tenga sobre la salud y la atención médica, y también incluyen las recomendaciones con relación al uso óptimo de los servicios de atención médica.                                                                                                | Sin co-pago                       |
| Cuidado de hospicio                    | Para los miembros a quienes se haya diagnosticado con una enfermedad terminal y quienes hayan elegido cuidado de hospicio en lugar de los servicios tradicionales de atención médica.                                                                                                                         | Sin co-pago                       |
| Transplantes de órganos **             | Cubre los transplantes de órganos y el transplante de médula (tuétano) del hueso que no sean experimentales o investigativos.                                                                                                                                                                                 | Sin co-pago                       |
| Cirugía reconstructiva **              | La cirugía reconstructiva es cubierta para corregir o reparar estructuras anormales del cuerpo causadas por defectos congénitos, anomalías en el desarrollo, traumas, infecciones, tumores o enfermedades. Se hace para mejorar ciertas funciones o para crear una presencia normal, hasta donde sea posible. | Sin co-pago                       |
| Tratamiento de Fenilcetonuria (PKU) ** | Cobertura para las pruebas y el tratamiento de la fenilcetonuria (PKU-error del metabolismo).                                                                                                                                                                                                                 | Sin co-pago                       |

| Beneficios*                                                       | Servicios                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Costo al Miembro (co-pago)                                                                                      |
|-------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Procedimientos experimentales clínicos de cáncer                  | Cobertura para la participación de un miembro mientras está involucrada en procesos clínicos de cáncer de fase I hasta fase IV, cuando el proveedor del miembro ha recomendado la participación del proceso, y el miembro cumple con ciertos requisitos.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Sin co-pago<br>Co-pago para medicamentos como se describe en la Sección de "Programa de Medicamentos Recetados" |
| Servicios de California para Niños (CCS por sus siglas en inglés) | <p>CCS es un programa médico de California que atiende a niños con ciertas condiciones físicas limitadoras que requieren atención especializada. Los servicios proveídos por el programa CCS son coordinados por la oficina local del condado de CCS.</p> <p>Si se determina que un miembro tiene una condición que le hace elegible para los servicios de CCS, el miembro permanecerá inscrito en el programa de Healthy Families y continuará recibiendo cuidado médico a través de los proveedores del plan para los servicios que no se relacionan con la condición elegible bajo CCS. El miembro recibirá tratamiento para condiciones elegibles bajo CCS a través de la red especializada de proveedores de CCS y/o de los centros de especialización aprobados que atienden a condiciones elegibles para CCS.</p> | Sin co-pago                                                                                                     |
| Servicios de acupuntura                                           | No se requiere que el proveedor del miembro de un pase, pero los servicios se tienen que obtener por medio de un proveedor del plan.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | \$5 por visita<br><br>El beneficio se limita a 20 visitas por año de cobertura                                  |

| Beneficios*                        | Servicios                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Costo al Miembro (co-pago)                                                     |
|------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|
| Servicios de cuidado quiropráctico | No se requiere que el proveedor del miembro de un pase, pero los servicios se tienen que obtener por medio de un proveedor del plan.                                                                                                                                                                                   | \$5 por visita<br><br>El beneficio se limita a 20 visitas por año de cobertura |
| Servicios de lactancia (dar pecho) | Mujeres embarazadas o mujeres con bebés recién nacidos pueden ver a un Educador de Lactación Certificado "Certified Lactation Educator" quien le ayudará con la lactancia.<br><br>No se requiere que el proveedor del miembro de un pase, pero los servicios se tienen que obtener por medio de un proveedor del plan. | Sin co-pago                                                                    |
| Deducibles                         | No se cobrarán deducibles por beneficios que estén cubiertos.                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                |
| Máximo por curso de vida           | Bajo este plan, no se aplican límites máximos por curso de una vida en los beneficios.                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                |

\* Beneficios se proporcionan solamente para los servicios que son médicamente necesarios.

\*\* Estos servicios pueden ser cubiertos y pagados por el programa de Servicios de California para Niños (CCS), si se determina que el miembro es elegible para servicios de CCS.